

Année 1933

N°

1

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

MARCEL STEUERMAN

ancien externe des hôpitaux de Paris

Né le 14 Avril 1907 à Piatra (Roumanie)

Essai d'introduction à l'étude de la Pathologie des Juifs

Président : **M. Lemierre**

IMPRIMERIE STUDIO

27, rue Dauphine

PARIS - VI^e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

MARCEL STEUERMAN

ancien externe des hôpitaux de Paris

Né le 14 Avril 1907 à Piatra (Roumanie)

Essai d'introduction à l'étude de la Pathologie des Juifs

Président: M. Lemierre

IMPRIMERIE STUDIO

27, rue Dauphine

PARIS - VI°

LE DOYEN. . . ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIERE
Physiologie	PROUST
Physique médicale	BINET
Chimie médicale	STROHL
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale ...	DEBRÉ
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT
Pathologie médicale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CLERC
Anatomie pathologique	MARION
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY
Thérapeutique	TIFFENEAU
Hygiène et médecine préventive	LOEPER
Médecine légale	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Cliniques des maladies du système nerveux ...	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
	LENORMANT
Clinique chirurgicale	CUNÉO
	GRÉGOIRE
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE
	MULON
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale
BÉNARD Henri	Pathologie médicale
BRÔCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale
BUSQUET	Pharmacologie
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale
CHABROL	Pathologie médicale
CHAILLEY-BERT	Physiologie
CHEVALLIER	Pathologie médicale
DOGNON	Physique
DONZELOT	Pathologie médicale
ÉCALLE	Obstétrique
FEY	Urologie
GASTINEL	Bactériologie
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HARVIER	Pathologie médicale
HAZARD	Pharmacologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI	Neurologie et psychiatrie
LIAN	Pathologie médicale
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET	Physiologie
SANNIÉ	Chimie biologique
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale et comparée
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique
VELTER	Ophtalmologie
VIGNES	Obstétrique

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
RETTNER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
DUVOIR	Clinique médicale	LE LORIER	Clinique obstétricale
BASSET	Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale	GUÉNIOT	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de clinique des maladies infectieuses

Médecin de l'hôpital Claude Bernard

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma très grande reconnaissance pour les merveilleuses leçons de Bichat; qu'il voie aussi ma respectueuse admiration pour sa profonde compréhension de la souffrance du malade et pour sa délicate bonté.

A M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Médecin de l'hôpital Lariboisière

dont la constante bienveillance a été pour moi le meilleur encouragement. Qu'il trouve ici un hommage de mon profond attachement.

A M. LE DOCTEUR A. JACQUELIN

Médecin de l'hôpital St-Antoine

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma très respectueuse reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR L. MAC AULIFFE

Ancien Directeur du laboratoire de psychologie pathologique à l'école pratique des hautes études.

Qui m'a montré — avec son enthousiasme et son grand pouvoir de conviction — les ressources nombreuses de la morphologie humaine. Qu'il voie ici un gage de ma bien sincère gratitude.

A mes autres maîtres dans les hôpitaux, stages et externat

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

M. LE PROFESSEUR GREGOIRE

M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

M. LE DOCTEUR L. SAUVE

M. LE DOCTEUR A. RICHARD

M. LE DOCTEUR J. HUBER

A MESSIEURS LES DOCTEURS FLORAND, DURUY et
SICARD

anciens chefs de clinique à la Faculté

C'est de longue date que les caractères particuliers des maladies des Juifs ont été remarqués ; aussi le nombre de ceux que la question a intéressés est-il assez considérable.

D'une façon générale, les différents auteurs ont cherché à caractériser les particularités de ces maladies et à individualiser des formes cliniques propres aux Juifs.

Nous nous proposons d'étudier les facteurs qui pourraient les expliquer et de dégager ainsi leurs différentes possibilités d'évolution. Parmi ces facteurs, certains sont relativement stables ; nous étudierons donc successivement la race, l'hérédité et la morphologie des Juifs.

D'autres, varient d'un moment à l'autre, exercent une influence importante sur les premiers, et expliquent la variation de ces maladies dans le temps. Les conditions sociales forment le plus important de ces éléments.

Avant d'aborder le sujet, — et pour expliquer notre plan — nous résumerons quelques observations concernant la maladie en général, les germes et le terrain.

CHAPITRE PREMIER

LA MALADIE, LES GERMES ET LE TERRAIN

Les hommes de l'époque néolithique pratiquaient avec une très grande habileté l'opération de la trépanation du crâne (1). Ils réussissaient parfois à guérir leurs blessés et à chasser le mauvais esprit des endroits les plus secrets où il s'était réfugié. Chasser les mauvais esprits était la préoccupation constante des sorciers et parfois celle des farceurs : aussi les grands médecins se recrutaient-ils en ces temps parmi des gens peu honnêtes mais remarquablement habiles.

La maladie avait à cette époque sa propre existence, sa vie propre, indépendante de celle des malades. Elle était une réalité bien définie, esprit ou substance concrète, possédant une existence extra corporelle et qui, dans une seconde phase, attaquait l'homme et disputait la vie à son corps. Les dieux disposaient de cette arme facile, en usaient et abusaient. Comme eux, la maladie est personnifiée et figurée dans toute l'antiquité.

Par quel étrange mécanisme, cette conception s'est-elle transmise de génération en génération au cours

(1) *Prunières fit cette découverte en 1873 ; en 1884 il comptait 167 crânes trépanés : in Lécène : l'évolution de la chirurgie.*

des siècles, et même à travers des époques pénétrées d'un grand esprit scientifique, jusqu'à nos jours. On raconte que pendant l'épidémie de poliomyélite de 1916 les habitants de certaines communes de l'Amérique du Nord patrouillaient armés de fusils autour des villages pour chasser la maladie et interdire l'entrée aux enfants apparemment bien portants mais qui pouvaient l'introduire dans leurs agglomérations.

Le besoin de trouver dans le monde extérieur la cause du mal était si impérieux pour ces gens simples qu'ils devaient donner une forme et une existence précises à la maladie qui les frappait ; et cela au XX^e siècle !

La vieille conception qui attribuait une personnalité propre à la maladie, venant frapper l'homme du dehors, s'est trouvée rajeunie par les découvertes pasteurienues. Très souvent, à partir de cette époque la maladie a été confondue avec le microbe : la méningite par exemple n'était que le cycle évolutif du méningocoque. Sur l'esprit des médecins, à l'étranger surtout, l'insistence de Sydenham dans son *Histoire Naturelle des maladies* a laissé une empreinte profonde.

Classifier les maladies en espèces et genres suivant le modèle que Linné avait adopté pour les groupements botaniques, c'était bien traduire la croyance générale suivant laquelle la maladie n'était qu'un « désordre ayant une réalité objective et dû à la présence dans l'organisme du patient de quelques substances nocives. » (1)

(1) *Humphry, Rolleston : L'âge, la vie, la maladie, p. 134.*

Adopter cette classification, c'était simplifier étrangement et faussement les faits observés ; c'était aussi ne pas tenir compte des caractères essentiels de la substance vivante.

Composé d'une multitude d'unités anatomiques ou morphologiques, un être vivant supérieur présente une constante unité fonctionnelle et physiologique. Des excitations extérieures qui peuvent même provenir d'au delà des limites tracées par l'étendue de la sensibilité des cinq sens, sont capables d'influencer puissamment les facteurs physiologiques, de les modifier complètement.

La matière vivante répond par un changement constant à toute influence. Ainsi un microbe tombé sur un bon terrain s'y développe et évolue. Mais la maladie n'est pas seulement l'évolution de la cause morbide dans l'organisme, non plus que l'évolution du microbe sur le terrain passif de l'homme malade. C'est aussi et surtout la réaction complexe, à la fois physique, morphologique, et psychique, de l'individu ; c'est elle qui constitue la maladie.

Ainsi pour le Dantec (1), elle n'est que l'ensemble de ces phénomènes produits par « l'introduction dans l'organisme vivant d'éléments étrangers qui ne lui soient pas habituels ». Certains faits s'inscrivent contre cette définition. On sait par exemple que l'auto-hémothérapie produit un choc, véritable maladie atténuée. Il n'est donc nullement indispensable que la

(1) *Le Dantec : Introduction à la pathologie générale*, p. 64.

substance introduite soit parfaitement étrangère au sujet.

De beaucoup plus générale, la définition de Cl. Sigaud (1) correspond mieux à la réalité des faits : l'auteur lyonnais envisage la maladie comme « le résultat d'un défaut d'adaptation de la matière organisée avec le milieu où elle évolue » (définition qui se rapproche de celle de W. A. Whity).

Qu'elle soit « l'ensemble des phénomènes qui se produisent dans un organisme subissant l'action d'une cause morbifique (!) et réagissant contre elle », comme le veut G. H. Roger, ou, plus simplement la réaction de l'esprit et du corps à un facteur nocif externe ou interne (Rolleston), la maladie n'est que la notion abstraite qui traduit le dysfonctionnement de l'organisme.

Ainsi conçue elle ne pourrait que difficilement être localisée à un organe. De plus en plus on tend à démontrer la réalité des maladies générales — réaction fonctionnelle totale de l'organisme contre l'envahisseur. Une lésion locale n'est qu'apparemment locale; elle ne pourrait l'être que pour une colonie d'unités fonctionnelles ou physiologiques. Comme dit le Dantec « chez l'être vivant cette lésion en apparence locale est totale puisqu'elle détermine une activité totale dont le résultat est précisément, en faisant disparaître la lésion locale, de rétablir la forme totale d'équilibre. Il n'y a pas de phénomènes locaux chez un individu ;

(1) Cl. Sigaud : *les origines de la maladie*, 1912, p. 129.

il n'y a que des phénomènes d'ensemble, ce'st-à-dire individuels ».

Ainsi on ne peut plus concevoir le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie articulaire, ni la fièvre typhoïde comme une entérite spécifique; toutes les deux sont des localisations fréquentes mais non uniques de deux maladies, se traduisant par une infection générale, dont témoignent pour la seconde au moins, les réactions de laboratoire.

On voit combien ces idées peuvent être fécondes au point de vue thérapeutique.

On est loin aujourd'hui de l'époque où à une angine diphthérique, considérée comme maladie locale, on opposait un traitement local. Loin aussi du temps de Grisolle qui faisait entrer dans les inflammations de la peau la roséole et l'érysipèle, et le croup dans les inflammations des organes respiratoires (1869). Les affirmations de Jaccoud qui disait avoir constaté plus de rapports entre deux maladies d'un même organe — si disparates fussent-elles — qu'entre deux maladies de nature semblable, mais siégeant dans des organes différents (1877), ne répondent plus aux idées actuelles.

Dans les maladies les plus locales l'état général existe, précède et domine l'état local.

Ainsi conçue, — réponse adaptative à un milieu anormal — la maladie, loin d'être une entité nette n'a pas de limites fixes qui la séparent de l'état de bonne et parfaite santé. On a trouvé souvent par exemple des reins polykystiques, à l'autopsie des personnes mortes accidentellement, et qui ne présen-

taient pourtant pendant leur vie aucun signe d'insuffisance rénale.

En dehors des maladies latentes, des phases silencieuses d'incubation de certaines affections, ou des maladies atténuées par des traitements préventifs, toutes, états intermédiaires entre la santé et la maladie des réactions personnelles variables peuvent donner pour une même cause une réponse assez différente pour qu'elle puisse être rangée soit dans les phénomènes normaux, soit parmi les faits morbides.

Quoi qu'il en soit, le tableau d'une maladie n'est jamais uniforme. Trois facteurs interviennent pour le modifier, et créer des formes nouvelles.

Ce sont : le germe, le terrain et le temps.

Des variations multiples des deux premiers facteurs le germe et le terrain, naissent des formes pathologiques multiples qui peuvent arriver à être assez distinctes pour créer des maladies nouvelles. On connaît le pouvoir d'adaptation des microbes et leur valeur fonctionnelle variable suivant les cas, en fonction ou non de leur état morphologique. Il est presque certain par exemple que l'apparition des angines diphtériques, dont la première description ne date que de 1821, est liée aux transformations morphologiques et fonctionnelles d'un bacille diphtéroïde, peu ou non pathogène ; l'existence des fausses membranes, si typiques, n'aurait sûrement pu échapper à l'esprit d'observation des vieux cliniciens d'avant Brouardel. Il est donc naturel de supposer que la diphtérie, maladie assez nouvelle, est produite par un germe dérivé d'un microbe peu ou non pathogène et qui, sous une morpho-

logie nouvelle, a acquis vers le début du XIX^e siècle des propriétés fonctionnelles nouvelles.

Ch. Richer a montré que les germes issus d'une culture sur un milieu contenant des sels de thallium, présentent encore après des milliards de générations le « souvenir » du thallium.

Vaudremer et Gessard ont prouvé qu'il suffisait de cultiver le BK sur un milieu pauvre, riche uniquement en sels minéraux pour obtenir après plusieurs repiquages un microbe non virulent dépourvu d'acidorésistance.

Ainsi donc, en faisant varier expérimentalement les conditions de vie du germe, on obtient des microbes qui ne présentent que partiellement leurs qualités premières et qui ont acquis des propriétés nouvelles. Et G. Rosenthal a pu dire avec raison : « le microbe doit jouir d'une plasticité qui ne s'accorde pas avec la fixité des types, telle qu'elle est affirmée dans nos livres classiques (cité par Héricourt).

Il faut ajouter que ces variations s'effectuent lentement et progressivement tant sur les terrains artificiels que constituent les cultures que sur les terrains normaux. Comme pour tout être organisé, il est logique de supposer que des variations nouvelles peuvent apparaître dans le groupe des microbes du fait des mutations, dont de Vries le premier a démontré la possibilité et l'importance.

Si tels sont les faits expérimentaux, les conditions normales, tout en présentant des possibilités nombreuses, ne peuvent jamais avoir des écarts aussi considérables dans les variations.

Certaines conditions défectueuses de nutrition mo-

difièrent cependant suffisamment le chimisme interne pour permettre la transformation de certains saprophytes intestinaux en microbes pathogènes que Rosenthal a pu isoler dans le sang des malades atteints de R.A.A. Ainsi donc, certains terrains seraient capables de transformer des germes saprophytes en parasites et même de réaliser l'évolution d'une espèce vers une espèce différente.

Quels que soient les caractères raciaux et héréditaires, les conditions de vie et la valeur du facteur personnel, jamais deux terrains humains ne pourraient présenter autant de différences que deux cultures. De cette limitation dans le jeu des variations des terrains, résulte une certaine constance aussi dans la forme et la valeur fonctionnelle des germes.

Ces transformations ne constituent pourtant pas la règle.

Si les qualités du terrain influent manifestement sur l'activité du germe et en modifient les propriétés pathogènes, réciproquement les germes du fait même de leur culture sur un terrain donné peuvent eux aussi modifier la constitution de ce terrain et ses aptitudes morbides.

C'est de l'influence du terrain sur les microbes et des possibilités adaptatives de ces derniers que résultent les causes productrices des maladies nouvelles ; de la variabilité du terrain pour le même germe résultent les différentes modalités cliniques des mêmes maladies, leur fréquence ou leur rareté dans certains groupes humains et la prédisposition que présentent ces groupes pour différentes séries de maladies.

Lorsqu'on apprécie l'importance relative des 2 fac-

teurs germe et terrain on ne peut manquer d'être surpris de l'évolution des idées sur ce sujet. Si, il y a quatre-vingts ans, la constitution, le tempérament, les diathèses, constituaient le facteur pathogénique essentiel, l'ère de la bactériologie a donné l'illusion de pouvoir mesurer la maladie en appréciant les variations de virulence et de quantité de microbes.

De nouveau on accorde une grosse importance au facteur humain et personnel. On connaît d'ailleurs la fortune de la phrase qui résume ces idées dernières et qu'on a attribuée à tort à Pasteur mourant : « Le germe n'est rien, le terrain est tout. »

Pour l'étude poursuivie ici, on comprend facilement l'importance du terrain.

Si les germes ne font aucune sélection entre les groupes humains, les différences observées ne résultent que du terrain. Les Juifs pourraient présenter les mêmes maladies que n'importe quel autre groupe ethnique si des conditions spéciales de terrain ne les rendaient plus susceptibles à contracter certaines affections et si les mêmes conditions ne jouaient pour créer des formes et localisations particulières.

Quelle que soit donc l'importance du germe, pour le cas particulier qui nous intéresse c'est le terrain qui joue le rôle prépondérant. C'est donc par l'étude de ses facteurs constituants qu'on pourrait acquérir des notions utiles pour l'étude de la pathologie des Juifs.

Certains sont communs à tous les terrains : de ce fait même ils ne nous intéressent pas.

D'autres, sont propres à quelques terrains : ils prédisposent quelques groupes humains à certaines éventualités pathologiques qui, inscrites dans la courbe

évolutive du sujet, doivent trouver expression à un moment variable, en rapport avec les causes extérieures.

La race, l'hérédité, la constitution — en fonction de l'équilibre nerveux, glandulaire et humoral — ainsi que les premières empreintes du milieu, constituent autant de facteurs prédisposants.

Mais une même maladie ne garde pas le même aspect dans le temps, soit à cause des modifications défensives lentes et propres du terrain, soit à cause des variations du milieu.

La famine, les guerres, les professions nouvelles donnent naissance à des maladies nouvelles ou modifient complètement les possibilités des vieilles maladies. On doit donc envisager un troisième facteur : le temps ou plutôt les variations des maladies dans le temps — leur évolution.

Nous aurons à discuter certains de ces éléments dans le cas particulier de la pathologie des Juifs.

CHAPITRE II

LES MALADIES DES JUIFS

C'est de longue date qu'existent les premières remarques concernant la pathologie des Israélites.

Vers 1884, certains auteurs s'occupaient suffisamment des Juifs pour discuter l'affirmation suivant laquelle ils passaient pour « avoir une réelle immunité vis-à-vis de la peste et être moins souvent que les autres frappés par la foudre ».

Heureusement qu'aucune statistique ultérieure concernant leur pathologie, leur longévité ou leur pouvoir prolifique n'a pas fait dépendre ces qualités des phénomènes météorologiques courants. La pathologie des Juifs apparaît ainsi plus simple.

De très vieux documents nous prouvent d'une façon péremptoire, que les hommes de sciences n'ont pas été les seuls à être frappés de l'absence de la peste dans les communautés juives pendant l'épidémie de 1346-48.

On sait les conséquences que certains ont cru devoir tirer de ce fait — et les modifications sociales qu'elles ont déterminées dans l'état des Juifs.

En 1505, ils échappaient presque complètement à une épidémie de typhus (Fracastore). Ramazzini si-

gnale que l'épidémie grave de malaria survenue à Rome en 1691 trouva les Juifs relativement immunisés contre cette maladie. Même immunité vis-à-vis de la dysenterie lors d'une épidémie grave (1736). En 1851 ils sont franchement réfractaires au vibrion cholérique. La peste, qui au Moyen Age a détruit le quart de la population du continent européen, n'a déterminé qu'une mortalité insignifiante parmi les Juifs.

Et la liste des faits est bien loin d'être close.

Le premier travail (à notre connaissance) concernant les maladies des Israélites date de la fin du XVIII^e siècle, (Wolf, Mannheim, 1777).

Un siècle plus tard la question paraissait à l'ordre du jour. La société d'anthropologie la passa rapidement en revue (1884) mais Charcot lui consacra une de ses leçons du mardi (1889) et inspira la thèse de son élève Meige.

L'Académie de Médecine la discuta largement à son tour (1891). Avec sa grande éloquence, Germain Sée ne réussit pas à persuader ses confrères de l'inexistence de ces maladies. Tour à tour Hardy, Lagneau, Worms, insistèrent sur la fréquence de certaines affections chez les Juifs. Béraud leur consacra son travail inaugural (Pathologie des Sémites, 1897, Bordeaux).

Cet auteur a eu le mérite d'être parmi les premiers qui ont élaboré un travail d'ensemble sur la question.

Puis vinrent les travaux américains parmi lesquels ceux de Fishberg — les plus scientifiques — ont marqué une date. A leur tour, Allemands, Anglais, Russes et Polonais, s'occupèrent de quelques-unes des

données du problème. Malheureusement aucun travail complet n'a été tenté.

A lire les résultats de ces recherches, on est frappé par le soin des détails, constant chez tous les auteurs. Aussi, les vues d'ensemble sont-elles peu nombreuses et incomplètes.

Les maladies des Juifs ont une existence propre : que cela soit sous forme de prédispositions morbides, d'immunités ou de maladies particulières, ces affections ont frappé l'esprit d'observation des vieux cliniciens.

Nous aurons donc à envisager successivement :

— les maladies qu'on observe fréquemment chez les Juifs,

— les affections rares

— et enfin, leurs maladies propres.

Bouchard (1) dit dans son œuvre capitale qu'« en dehors du diabète, les Juifs sont particulièrement prédisposés à l'arthritisme, à l'herpès, à la goutte, à la lithiase biliaire et rénale, au rhumatisme chronique, aux névralgies et migraines, à l'asthme, aux varices, hémorroïdes et artério-sclérose, ainsi qu'aux maladies de la peau ».

Dans le Censu Bulletin, J. Billings remarque qu'« ils souffrent relativement plus que leurs concitoyens de la diphtérie, des entérites et entérocolites (diarrhéal diseases), des maladies du système nerveux

(1) *Les maladies par ralentissement de la nutrition.*

et spécialement de la moelle, des maladies du système circulatoire et urinaire, des maladies des os, des articulations et de la peau. Leur mortalité est relativement petite par tuberculose, scrofule, [including consumption] (?), tabès et hydrocéphalie ». Et voici enfin — après l'opinion française et américaine — celle exprimée en Angleterre par Sir H. Rolleston : « Les Juifs sont particulièrement sujets à certains états pathologiques, tels que le diabète sucré, l'obésité et l'artério-sclérose et certains cas rares sont rencontrés souvent chez eux, comme par exemple l'idiotie amaurotique familiale, la thrombo artérite oblitérante, la pentosurie, la lipodystrophie et la maladie récemment décrite par Niemans Bloom, qui avait été jusqu'alors confondue dans la splénomégalie de Gaucher ».

Nous pourrions continuer ces citations sans modifier l'impression qui s'en dégage nettement.

On comprend cependant combien il est difficile d'apprécier tous les faits observés.

Les Juifs sont généralement nerveux et se croient plus facilement que les autres atteints de beaucoup d'affections. « Il est hors de doute — affirme Mackenzie (1) que les gens à tempérament nerveux ont une plus grande tendance à présenter des phénomènes réflexes ». N'importe quel symptôme prend une importance assez considérable pour constituer chez eux, une

(1) *Mackenzie: les symptômes et les maladies* p. 279.

véritable maladie. Aussi les Juifs se soignent-ils plus que les autres (2).

Mais même, devant une personne présentant un minimum symptomatique, on peut se demander — connaissant le manque de précision des limites de la maladie — si ce tableau insignifiant n'acquiert pas une valeur pathologique du fait qu'il est réalisé chez des gens ayant des prédispositions et un tempérament particuliers.

Nous n'insistons que peu sur la méthode employée dans cette étude et qui est pourtant la seule à pouvoir fournir des résultats. D'autres plus compétents que nous ont montré combien les statistiques, les plus sincères et les mieux faites, peuvent fournir de fausses données qui, interprétées à leur tour d'une façon plus ou moins exacte, aboutissent à des résultats étranges mais parfois aussi prévus que recherchés.

Bouchardat, puis Bouchard avaient été frappés de la fréquence de la goutte, du rhumatisme, des migraines et de la lithiase vésiculaire ou rénale chez les Juifs. Charcot disait avoir remarqué maintes fois chez eux les Juifs les nombreux méfaits de la diathèse arthritique et nerveuse entrant en combinaison. Gilbert et Lereboullet dans la description de leur cholémie familiale

(2) A. Loir raconte qu'ayant demandé des volontaires pour les premières vaccinations faites par le centre qu'il avait installé à Tunis, les Juifs se présentèrent en nombre beaucoup plus considérable que leurs concitoyens.

signalaient sa particulière fréquence chez les Juifs. Les Ictères hémolitiques, plus tard isolés du cadre que les vieux auteurs leurs avaient attribué, se sont montrés fréquents — eux aussi — chez les Israélites.

Si la diathèse arthritique, qui réunissait tant de maladies, ne peut plus trouver une explication dans la pathogénie que lui avait donnée Bouchard, les faits décrits par cet auteur gardent encore toute leur valeur. Il semble cependant que la lithiase biliaire, — pourtant fréquente, — ne se rencontre que dans la proportion de 5 % des autres accidents diathésiques. (Chauffard) (1). Elle semble être cependant une des maladies les plus fréquentes parmi les Juifs et se retrouve avec une grande régularité dans presque toutes les familles israélites. Fait curieux, elle se voit autant chez les Juifs riches, qui mènent une vie sédentaire et qui s'alimentent abondamment — ces Juifs qui avaient à juste titre frappé Bouchard — que chez les Israélites algériens, par exemple, qui mènent une vie misérable.

Se rapprochant de la lithiase, la goutte, — autrefois si fréquente parmi les médecins et aussi dans certaines familles royales (Jeanselme l'a trouvée chez un très grand nombre de sultans du Moyen Age) — se rencontre aujourd'hui moins souvent chez les Juifs. Sa fréquence a suscité d'ailleurs des critiques aussi nombreuses que variées, les rapports entre l'abondance de l'alimentation, la vie sédentaire et l'apparition de cette maladie, n'étant pas toujours des plus évidents.

(1) *Chauffard : la lithiase biliaire.*

Quant à la fréquence d'autres maladies, telles que l'asthme et ses parentés morbides, nous avons pu souvent la constater dans la clientèle de la consultation spéciale de l'Hôpital Saint Antoine (D^r Jacquelin) et vérifier qu'elle n'était pas seulement liée au nombre assez considérable de Juifs habitant le quartier de cet hôpital.

Je n'insiste pas sur le rhumatisme chronique — très vieille maladie, puisque Elliot Smith a montré son existence il y a 6.000 ans — ni sur le rhumatisme articulaire aigu, que certains font entrer dans le cadre des maladies de la diathèse arthritique. (Sédillot) (1). Nous n'avons pas de documents précis et suffisants sur cette question.

Il résulte pourtant de toutes les observations que les maladies autrefois appelées par « ralentissement de la nutrition » sont fréquentes parmi les Juifs : une, existe dans une grande majorité de familles israélites : c'est la lithiase, surtout biliaire. Nous aurons à revenir tant sur le terrain particulier qui préside à la prédisposition des Juifs à ces affections, que sur sa transmission chez les descendants d'une même famille.

Se rapprochant de ce groupe, deux maladies ont subi des variations nombreuses, quant à leur pathogénie, suivant la prédominance des idées, par conséquent suivant les époques. Mais quelle que soit l'origine de ces maladies, il n'existe aucune divergence quant à leur fréquence chez les Juifs.

L'obésité paraît en effet être de règle chez eux. Les

(1) Sédillot : *L'arthritisme*.

femmes sont de beaucoup plus fréquemment atteintes — à des degrés variables — plus souvent à l'époque moyenne de leur vie. Cette infériorité a frappé l'œil des peintres et aussi l'imagination de quelques médecins, qui ont individualisé — à l'étranger surtout — une forme clinique particulière, dans laquelle le tissu adipeux présente une certaine prédilection pour quelques localisations bien précises. Ce sont là des faits à vérifier.

Le diabète a — lui aussi — suscité beaucoup de discussions.

Sa fréquence paraissait évidente autrefois : Frérichs, professeur de clinique à Berlin affirmait avoir compté cent Israélites sur 400 diabétiques, chiffre vraiment impressionnant, qu'il attribuait, — comme Bouchard d'ailleurs, — à l'apport paternel et maternel des mêmes facteurs qui engendrent la diathèse. Osler puis Stummfell furent frappés — à leur tour — de la fréquence de cette maladie parmi les Israélites. A croire les statistiques de Seegen, 25 % des diabétiques soignés à Karlsbad étaient des Juifs. Un peu plus récemment, vers 1900, Stern trouvait à New-York les mêmes résultats.

Il est certain que toutes les données du problème de la fréquence du diabète chez les Israélites, ne doivent être admises qu'après discussion.

L'antécédent a été créé par G. Sée (1) qui en 1891 à l'Académie de Médecine a expliqué avec esprit les données fournies par les statistiques de Frérich, « mé-

(1) G. Sée : *Bull. de l'Académie de Méd.* 1891, p. 309.

decin de toute la Judée allemande » — et a critiqué celle des autres auteurs.

Mais, sans définir le diabète comme une névrose bulbaire et méconnaître le rôle capital de l'insuffisance pancréatique, sans accepter les conclusions de Sée, suivant lesquelles aucune différence n'existe entre la pathologie des Juifs et celle des non Juifs — on doit se rendre à l'évidence et admettre, sans toutefois l'exagérer, la grande fréquence du diabète chez les Israélites.

Même dans la statistique récente de J. V. de Porte (2), la différence entre les Juifs et les autres apparaît manifeste et trouve sa traduction dans le rapport : 4,2 % à 1,7 % soit 2,47 à 1. A l'âge moyen de la vie, la mortalité juive par diabète est plus de 3 fois plus considérable que la mortalité des non Juifs : 9,3 % à 2,9 %.

La conclusion s'impose nettement.

On a affirmé la fréquence d'autres maladies dans le peuple juif.

Les diarrhées, entérites et entérocolites paraissent se rencontrer souvent. Liées parfois à l'élimination par l'intestin de différentes substances toxiques particulières, d'autres fois à un trouble nerveux, — ces maladies ne trouvent pas le même ordre de fréquence chez les différents auteurs ; et De Porte, que nous avons déjà cité, donne des chiffres presque égaux sur la mortalité qu'elles déterminent chez les Juifs et chez

(2) J. V. de Porte : *Causes of death among Jews in New-York State* : *New-York State J. Med.* 1155 oct. 1928.

les autres. On remarque cependant qu'avant l'âge de 5 ans et entre 25 et 44, ces chiffres sont légèrement supérieurs pour les premiers.

Toujours du même groupe on peut rapprocher l'appendicite et les hernies.

Si la première n'est pas toujours plus fréquente chez sel Juifs que chez les non-Juifs, les hernies se rencontrent avec une constance monotone dans toutes les familles juives. Nous aurons à revenir d'ailleurs sur le facteur qui les détermine.

Nous signalons encore la fréquence du volvulus chez les Juifs ; s'agit-il d'une malformation congénitale particulière? Certains ont cru l'avoir trouvée. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que des nombreux cas d'appendicite survenus chez les Israélites ont bénéficié d'une même interprétation.

Dans un deuxième groupe de maladies fréquentes, on peut ranger celles liées à une lésion des tuniques artérielles ou veineuses. Nous n'avons plus besoin d'indiquer la régularité avec laquelle les Juifs sont porteurs de varices ou d'hémorroïdes. Plus tôt que les non-Juifs ils font de l'artério-sclérose et diminuent ainsi grandement la valeur fonctionnelle de leurs vaisseaux sanguins ; aussi, quoi qu'en disent certains auteurs, leur mortalité (De Porte) par hémorragie cérébrale ou ramollissement est assez considérable. Parmi les artérites certaines prennent souvent un type spécial ; nous y reviendrons.

Les maladies nerveuses et mentales forment un des groupes les plus fréquemment observés chez les Juifs.

Leur plus grande émotivité, leur sensibilité, ainsi que la rapidité de leurs réactions, l'influence du passé, d'autres facteurs encore, ont été envisagées successivement pour expliquer cette tendance morbide. Nous aurons à revenir sur cette question ; mais déjà nous devons faire remarquer combien les résultats des statistiques sont frappants.

En Bavière, Boudin a trouvé un aliéné pour 908 catholiques, 1 p. 967 protestants, 1 p. 514 juifs.

Au Hanovre, 1 aliéné pour 528 catholiques, 1 p. 641 protestants et 1 p. 337 juifs.

En Silésie: 1 aliéné pour 1355 catholiques, 1 p. 1264, protestants et 1 p. 624 juifs.

Au Wurtemberg, 1 aliéné pour 2000 catholiques, 1 p. 2028 protestants, et 1 p. 1544 juifs.

Au Danemark, Hubertz a constaté qu'il y avait 3,34 pour mille catholiques et 5,85 pour mille juifs atteints de maladies mentales.

Lombroso, en Italie, a indiqué un pourcentage 4 fois plus grand chez les Juifs que chez les non-Juifs.

Verga a donné lui aussi des chiffres considérables :

1 aliéné sur 1775 catholiques, 1 sur 1725 protestants et 1 sur 385 juifs.

Que cela soit en Prusse, où Mayer a trouvé 0,87 o/oo aliénés non juifs et 1,41 o/oo juifs ; en Bavière, où les statistiques donnent 0,98 o/oo aliénés non juifs et 2,52 o/oo juifs ; dans l'ancien empire germanique enfin, où on trouvait 0,86 o/oo non juifs pour 1,61 o/oo juifs ; que cela soit en Russie où Sikorsky et Maximoff ont signalé 2,19 o/oo de juifs atteints de maladies mentales par rapport aux chiffres de 0,91 o/oo chez les orthodoxes, 0,92 o/oo chez les catholiques et

1,06 o/oo chez les Musulmans ; que cela soit enfin à Londres (C. F. Beadles), en Allemagne (Burkhardt), en Italie (Silvagni), ou en Amérique (Fishberg), les statistiques s'accordent partout pour souligner cette remarquable fréquence.

Nous devons cependant citer aussi l'opinion des rares auteurs qui expriment l'avis contraire.

Malzberg (1), considérant les premières admissions dans les hospices américains, ce qui traduirait pour lui le nombre réel de malades, a constaté dans l'état de New-York : 40,7 malades pour 100.000 Juifs et 67,7 pour 100.000 non juifs en 1920 ; 42,3 pour 100.000 Juifs et 75,1 pour 100.000 non juifs en 1927.

Dans le Massachussets, de 1926 à 1928 : 31,2 pour 100.000 Juifs et 73,6 pour 100.000 non juifs.

Dans l'Illinois : 29,6 p. 100.000 Juifs et 64,2 pour 100.000 non juifs.

Ces chiffres qui donnent des résultats diamétralement opposés à ceux déjà cités, ne peuvent pas détruire complètement la valeur des premiers, qui, recueillis dans des endroits fort divers, expriment les résultats d'un nombre considérable d'auteurs.

Les chiffres de Malzberg sont d'ailleurs conformes aux autres en ce qui concerne la fréquence de certaines formes cliniques de ces maladies.

Toutes les recherches statistiques, — qui déjà par elles-mêmes n'ont qu'une valeur toute relative, — devraient être faites avec beaucoup de circonspection et exprimer uniquement des diagnostics sûrs.

L'erreur est en effet facile ; les simulateurs hysté-

(1) Malzberg. *Mental Hygiene* Oct. 1930.

riques sont très fréquents dans ce groupe ethnique et la neurasthénie aussi. Oppenheim a eu le premier le mérite d'avoir insisté sur cette question, qu'il expliquait — contrairement à Jolly — par l'empreinte laissée par les persécutions sur le'sprit des Juifs, Raymond affirmait que presque tous les hystériques mâles étaient des Israélites.

Quelles que soient les modifications apportées au tableau de cette maladie, il est évident que ce terrain hystérique existe encore fréquemment chez les Juifs ; Becker (1) l'a signalé encore tout récemment ;

L'épilepsie avait été décrite, elle aussi, comme très commune chez les Juifs et Lagneau soutenait vivement cette idée à la fin du siècle dernier (2). Contre cette opinion, Worms (3) montrait que sur 26.591 malades, il n'avait rencontré que 77 Juifs. Charcot n'avait vu que 39 épileptiques juifs en 39 ans.

Nous n'avons cité que quelques observations ; s'il apparaît parfois que l'épilepsie est une maladie fréquente parmi les juifs, on est encore bien loin de pouvoir l'affirmer d'une façon précise.

Signalons encore cette curieuse névrose, à laquelle Charcot a sacrifié une de ses leçons du mardi. On y voyait « des malades obsédés par le besoin de voyager... d'aller toujours chercher autre chose... et ailleurs ». Nous ne concluons pas.

Avant de finir ce chapitre, nous devons parler encore de l'idiotie qui serait de beaucoup plus fréquente chez les Juifs que chez les non Juifs. En Silésie on

(1) *Becker.*

(2) et (3) *Bulletin de l'Ac. de Méd.* 1891.

la trouve dans la proportion de 1 pour 4.113 catholiques, 1 pour 3207 protestants et 1 pour 3003 juifs.

Au Wurtemberg, 1 pour 581 catholiques, 1 pour 408 protestants, et 1 pour 425 juifs.

En Algérie, le nombre des idiots juifs a paru plus considérable à Béraud (3), que celui des français et des espagnols.

De ce groupe, on doit séparer l'idiotie familiale amaurotique, maladie relativement fréquente chez les Juifs et qu'on avait considérée comme propre à leur « race ». Elle se caractérise par une débilité mentale et physique progressive s'accompagnant d'une altération symétrique de la macula lutea.

Cela nous amène à parler de la fréquence des maladies des organes sensoriels.

La surdité et surtout la surdimutité paraît se voir souvent chez les Juifs. La myopie est presque de rigueur. On observe souvent chez eux, le trachome, le glaucome et l'achromatopsie. Enfin la cécité serait pour Cohen assez fréquente puisqu'il a observé 13,8 o/oo cas chez les Juifs et seulement 8,2 o/oo chez les catholiques et 7,2 o/oo chez les protestants bava-rois. En Prusse, elle existe dans les proportions de 11 o/oo, 8,4 o/oo et 8,2 o/oo. Cette opinion a été d'ailleurs confirmée par beaucoup d'auteurs.

Dans un cinquième groupe, il nous reste à parler des maladies de la peau, affection qu'on rencontre vraiment fréquemment chez les Israélites.

(3) Béraud. *Thèse de Bordeaux* 1897.

Certaines, telle que l'eczéma suintant ou séborréïque, ne sont que des formes particulières de la même diathèse ; d'autres, comme la plique, s'expliquent par les mauvaises conditions hygiéniques ; la pelade se voit surtout en Algérie (Béraud) et dans toutes les classes sociales.

En résumé : qu'on puisse ou non grouper certaines affections qu'on observe chez les Juifs, pour constituer la grande famille de la diathèse arthritique — on est frappé de la fréquence avec laquelle on rencontre chez eux : le diabète, la lithiase biliaire, les hernies, les artérites et varices, les psychoses, ainsi que les maladies des yeux.

Nous tâcherons de les expliquer par l'étude du terrain et de l'hérédité.

Cependant, les Juifs ne présentent pas uniquement des prédispositions morbides. Très rapidement, nous avons signalé quelques immunités contre les maladies infectieuses graves. Contre la peste, la lèpre ou le choléra, les Juifs présentent plus qu'un manque de prédisposition. Les épidémies successives l'ont démontré puissamment. Mais même dans les cas qui semblent au premier abord contredire ces données, les résultats d'ordre final ne font que confirmer l'impression qui se dégage de tous les faits antérieurs. Ainsi par exemple, si le pourcentage des Juifs malades a été pendant l'épidémie de 1892-94 tout aussi considérable que celui des Russes, la mortalité parmi les premiers a été de beaucoup moindre.

Quant à la lèpre (1), il est certain qu'elle a été toujours rare dans les agglomérations juives. On n'aurait pas signalé autrement, le cas de ce juif de Bourg (1462) qui, par sa maladie a fait naître un nombre considérable de problèmes (2) ; nous avons l'impression aussi, que l'ordonnance de l'évêque de Mayence (1343), interprétée par Boas comme une preuve de l'existence de la lèpre chez les Juifs du Moyen Âge, peut trouver — d'une façon tout aussi logique — un sens diamétralement opposé à celui que cet auteur lui a donné.

L'accord est fait, depuis longtemps, sur la rareté d'une autre maladie, la tuberculose. Ce n'est, de plus, que d'une façon exceptionnelle, que les Juifs présentent des formes graves de cette maladie.

Que cela soit sous des climats différents, dans des pays de civilisation différente, dans les classes riches ou dans les classes pauvres, les constatations sont les mêmes. Il est évident que leur cause est variable suivant les auteurs.

Ainsi par exemple, si Stallard, étudiant le paupérisme à Londres et ses rapports avec la tuberculose, est arrivé à la conclusion que les Juifs présentaient une constitution héréditaire plus forte que les non juifs, — si Gibbon, qui a obtenu les mêmes statistiques à Whittechapel disait ne pas pouvoir se prononcer sur

(1) *Jeanselme, Janus* 1932 p. 43.

(2) *Jeanselme, Bull. Soc. Fr. d'Hist. de la Méd.* 1931 t. 25, p. 128.

leur cause, — Silvagni, en Italie, tout en confirmant la tendance des Juifs à une moindre réceptivité, soutint qu'on ne saurait parler d'une immunité héréditaire.

Lombroso, à Vérone, a constaté que 6 enfants catholiques sur 100 étaient atteints de tuberculose ; parmi les Juifs du même âge, un seulement sur 100 présentait la même maladie. Brady a trouvé une différence moins marquée : 5 % chez les Israélites et 7 % chez les catholiques. Behrend, à Londres, a été frappé de leur moindre mortalité, surtout dans les quartiers où la population très dense, vit misérablement.

A Tunis, Remlinger est arrivé aux mêmes résultats de fréquence que les autres auteurs.

A Vienne par exemple on trouve une mortalité par tuberculose de 49,6 chez les catholiques, 32,8 chez les protestants, et 17,9 chez les Juifs.

En Amérique, Billings a trouvé chez les Juifs : 36,75 0/00 hommes et 34,02 0/00 femmes malades ; chez les chrétiens 108,79 0/00 hommes et 146,12 0/00 femmes malades.

Plus tard, Fishberg est arrivé à des résultats semblables.

Il est évident que certains s'accordent pour infirmer ces conclusions, qui s'imposent pourtant.

Ainsi De Porte trouve que la mortalité par tuberculose dans l'état de New-York est de 6,6 % (de la mortalité totale) chez les non-Juifs et de 7,3 % chez les Juifs. Il remarque cependant que jusqu'à un an la différence est considérable, dans le sens de tous les auteurs, le rapport étant de 8. Jusqu'à 44 ans, la

mortalité reste d'ailleurs moindre, même d'après son tableau, chez les Juifs :

	Jusqu'à 1 an	1 an à 5 ans	5-14	15-24	25-44
J.	0	0	0	25	18,8
N.-J.	8	2,3	6,7	31,6	22,3

D'une manière générale, on voit que d'après la majorité des auteurs, la tuberculose apparaît moins fréquente chez les Juifs que chez les non-juifs.

Nous n'avons pas à discuter les formes particulières qu'elle prend chez eux ; mais la tendance franche des Juifs à faire des formes scléreuses fibreuses, très souvent hémoptoïques, formes limitées, d'un bon pronostic, est évidente.

Nous aurons à revenir sur le rôle du terrain et de l'hérédité pour expliquer la relative immunité des Juifs envers cette maladie.

Maladies épidémiques graves et tuberculose se voient donc rarement chez les Juifs.

Longtemps on a affirmé que le goître était exceptionnel chez les Juifs et en particulier chez les femmes : et la question paraissait suffisamment précise, pour que la société médicale de Metz puisse proposer à un concours la phrase : pourquoi la femme juive est-elle exempte de goître ?

D'après ce que nous avons pu observer — quoiqu'aucune statistique ne vienne à l'appui de cette thèse — le contraire serait plus souvent vrai ; le goître et souvent la maladie de Basedow, se voient assez souvent parmi les Juifs et plus particulièrement dans le sexe féminin.

Nous devons insister un peu sur une question à l'ordre du jour : le manque de fréquence du cancer chez les Israélites. Certes, pas tous les auteurs le constatent. Bienstock, puis Theilhaber remarquèrent que le cancer était plus fréquent chez les Israélites. A l'avis contraire, s'attachèrent successivement Auerbach en Allemagne, Bertillon en Algérie, Verneuil et Delbet en France. Récemment Merkow (1), puis Peller ont confirmé ces résultats.

Il semble donc, que la fréquence du cancer soit moins importante chez les Juifs que chez les non-Juifs. Trouver une explication de ces faits dans des raisons d'ordre social, économique ou biologique, supposerait une connaissance parfaite des causes du cancer. Si on ne peut donc l'affirmer, on doit considérer qu'en plus de la moindre fréquence chez les Juifs, le cancer présente chez eux une fréquence de localisation différente de celle des non-juifs ; de plus, certaines structures biologiques, telles que le sarcome, se rencontrent plus souvent que d'autres chez les Israélites. Scachter (1), qui a bien résumé les avis des différents auteurs modernes, constate, — en ce qui concerne les localisations — la fréquence relative de l'atteinte des ovaires et de l'intestin, la relative rareté du cancer de l'utérus, du cancer de l'œsophage et de l'estomac, l'inexistence presque constante du cancer pénien.

Telles sont les maladies plutôt rares parmi les Juifs.

(1) Merkow. *Zeitschrift für Krebsfercht* 1931.

(1) Scachter : *Progrès médical* 1931 p. 2213.

Quant aux maladies qu'on a considérées longtemps comme propres aux Juifs, on sait aujourd'hui qu'il n'en est rien.

Si l'idiotie amaurotique se voit souvent chez les Israélites, Apert et plus récemment dans un travail remarquable Sjörgen ont signalé sa fréquence chez les non-Juifs.

La thrombo-angéite oblitérante que Buerger le premier a décrite chez les malades du Mount-Sinai Hospital est, certes, suffisamment fréquente parmi les Juifs pour qu'on ait pu dire que « toute artérite juvénile chez un Israélite était une T. A. O. » (1).

Mais déjà Lecène affirmait que les Juifs n'étaient pas les seuls à pouvoir faire une T.A.O. La statistique de Buerger est cependant impressionnante : sur 500 malades, 4 seulement étaient des non-juifs. Plus d'une fois cependant, on lui a opposé des critiques sévères que Menchaca (2) a bien résumées. Leibovici a trouvé quand même sur 13 sujets malades, 10 Juifs.

On est encore loin d'avoir trouvé l'explication de ces faits.

Ainsi donc, trois groupes peuvent être faits pour

(1) *Leibovici : Th. Paris* 1928 p. 36.

(2) *Menchaca, Th. Paris*, 1927.

exprimer les rapports de fréquence existant entre les maladies des Juifs et des non-Juifs.

Certaines affections sont plus fréquentes parmi les Israélites que parmi les autres. Ce sont : les maladies de la diathèse arthritique, la lithiase biliaire, le diabète et l'obésité, — les maladies des artères et surtout des veines, — les maladies mentales, particulièrement les psychoses maniaques dépressives et la schizophrénie, — les maladies des yeux et la surdimutité, — enfin, les maladies de la peau.

De ce groupe se rapprochent certaines maladies assez fréquentes chez les Juifs et dont les autres ne sont qu'exceptionnellement atteints : l'idiotie amaurotique familiale et la thrombo-angéite-oblitérante.

S'opposant à ces deux groupes, d'autres affections sont rares parmi les Juifs ou ont chez eux une gravité moindre que les mêmes maladies survenant chez les non-Juifs. Ce sont : la tuberculose, les maladies épidémiques graves, comme la lèpre, la peste, le choléra. On tend à admettre enfin, que le cancer doit trouver place dans ce troisième groupe.

CHAPITRE III

LA RACE

Dès que les bases de l'anthropologie ont été jetées, on a cherché à définir les groupes non pas uniquement par leurs propriétés morphologiques mais aussi par leurs caractères physiologiques, psychologiques et pathologiques. Ainsi on est arrivé à affirmer que tous ces caractères étaient propres à chaque groupe.

L'histoire des caractères pathologiques raciaux, ne date pas d'aujourd'hui.

Vers 1854, J. Bird, de retour de son voyage en Afrique, écrivait que les nègres étaient presque toujours exempts des fièvres qui déterminaient une grosse mortalité parmi les Blancs. Un peu plus tard, Livingstone notait que la Syphilis était incapable de permanence chez les personnes de pur sang africain : cet explorateur avait été frappé des ravages que cette maladie faisait parmi les individus de sang mêlé. Suivant Bordier, cité par Le Gendre, les nègres sont prédisposés au tétanos — et nous nous rappelons le cas de morts immédiate consécutive à une piqûre, cité par M. Lermierre dans son article sur cette maladie (Sergent) — prédisposés aussi au trismus des nouveau-nés, à l'éléphantiasis, à la lèpre et à la tuberculose. On sait que cette maladie a causé pendant la guerre une effroyable

mortalité parmi les troupes nègres. Toujours d'après Bordier, les Malais sont particulièrement aptes à contracter le béri-béri, et les Polynésiens fréquemment et gravement atteints par la phthisie. Il ne faut presque plus rappeler les ravages causés par le rhume banal à Saint Kilda — ni ceux faits par la rougeole aux îles Féroé 1781, 1846 ; la susceptibilité toute particulière des Anglo-Saxons pour cette maladie ainsi que pour la fièvre scarlatine est bien connue.

Enfin, certaines maladies se sont montrées spécifiques pour quelques peuplades africaines, asiatiques ou océaniques. Pour quelques-unes, comme la maladie du sommeil, on connaît actuellement les possibilités d'existence chez les Européens.

La série des exemples ne s'arrête pas là.

Avant de discuter la valeur de tous ces faits, nous devons faire remarquer l'action différente des mêmes médicaments sur des individus de races différentes : les médecins coloniaux la connaissent bien. Nous ne citons qu'un seul exemple. La morphine qui calme les Européens, détermine chez les Malais des phénomènes d'excitation excessivement marqués — pouvant les pousser à l'homicide.

Ainsi, s'il est évident qu'à une même excitation, les réponses peuvent être différentes suivant les races, il n'en est pas moins vrai que tous ces phénomènes ne doivent être admis qu'avec une extrême prudence et après une critique rigoureuse.

Certains entrent, en effet, dans le cadre de l'immunité ; les atteintes premières de certaines populations primitives ont été graves et mortelles parce que ces populations n'étaient pas vaccinées, par un épisode

antérieur contre ces maladies. Dans ce groupe entrent les faits cités, concernant la réceptivité spéciale à la rougeole, au rhume, à la syphilis ou à la tuberculose. Mais réceptivité spéciale veut dire aussi manque de réceptivité ; tel est le cas de la lèpre chez les Juifs : nous aurons d'ailleurs à revenir sur cette question.

Dans d'autres cas, une maladie est restée cantonnée à une certaine région et a pu paraître l'apanage d'une race, parce que des conditions géographiques particulières ont permis à cette région de rester relativement isolée. La dysenterie qu'on a pu prendre pour une maladie raciale, se voit actuellement aussi bien chez les Européens que chez les Africains. La fièvre de Malte s'étend un peu partout. Tout récemment on a signalé un cas de fièvre des montagnes rocheuses à Paris. Dans tous ces faits il faut tenir compte non seulement des conditions de vie de l'agent transmetteur, mais aussi de la possibilité d'un agent intermédiaire et de ses conditions propres d'existence, conditions qui doivent être réalisées pour que la maladie puisse exister et se transmettre.

D'autre part, on sait que quelques tableaux pathologiques reconnus autrefois comme propres à certains pays, ont pu être rangés — par la suite — dans le cadre de quelque maladie bien définie pouvant atteindre n'importe quelle race.

Se basant probablement sur ces faits, Deniker (1) a pu douter de l'existence des « affections rigoureusement spécifiques à certaines races » et prendre ainsi une attitude diamétralement opposée à celle qu'il avait

(1) *Deniker*.

adoptée précédemment (première édition). Une telle affirmation est de beaucoup trop absolue. G. Draper (1), dont on connaît l'autorité scientifique, a établi un rapport assez étroit entre les caractères morphoanthropologiques et la maladie, pour qu'il puisse proposer une nouvelle classification anthropopathologique et décrire des races à maladies vésiculaires, rhumatismales, pulmonaires ou autres. Il va de soi que cette classification ne peut d'aucune façon se superposer aux classifications anthropologiques classiques.

Si le cadre des maladies raciales est plus réduit qu'autrefois, il est certain que ces maladies existent. A des groupes spéciaux, correspondent des caractères physiologiques et pathologiques particuliers, dont certains sont transmissibles par l'hérédité. Et Keith, qui fait dépendre les propriétés raciales de la qualité des glandes endocrines et de leur fonctionnement affirme implicitement l'existence des prédispositions et des réactions morbides, propres à chaque race.

Peu de nations ont subi tant de vicissitudes que celle de la race juive. Suivant les époques, suivant les idées premières des auteurs concernant les Israélites, suivant aussi les besoins de certaines causes politiques, religieuses, voire même nationales, on a admis ou on s'est inscrit contre la théorie de l'existence de la race.

S'il a été un temps où on parlait de la race juive au même titre qu'on parlait de la race latine, slave ou germanique, les caractères de base de cette notion

(1) G. Draper. *La maladie et l'homme*.

se sont suffisamment précisés pour faire admettre que ni la nationalité, ni une origine commune, ni des ressemblances linguistiques ne pouvaient constituer des éléments fondamentaux pour une classification anthropologique.

On discute encore pour avoir des facteurs précis sur lesquels on puisse baser la notion de race ; la multitude des classifications montre suffisamment leur manque de précision et l'importance toute relative que leur accordent les différents auteurs.

Et on peut se demander avec Viola (1) si le type racial émerge de quelques caractères fondamentaux existant chez tous les membres d'un même groupe, ou si — parfaitement réalisé par quelques individus, — il n'est représenté que dans des proportions plus ou moins importantes par les autres. Haddon (2) se rallie franchement à cette dernière éventualité et affirme nettement que les types raciaux n'existent que dans notre esprit. C'est donc d'une façon variable que les anthropologistes jugent les caractères essentiels des races.

Mais quelle que soit la valeur de cette notion, on peut dire que la question, placée sur le terrain particulier qui nous intéresse, n'a été envisagée d'une façon scientifique qu'à partir des travaux de P. Broca et de ses élèves. Cependant quelques observateurs

(1) Viola. *Bull. de la Soc. des Et. des formes humaines* 1921 p. 165.

(2) A. D. Haddon, trad. par van Gallup : *les races humaines et leur répartition géographique*.

avaient été frappés déjà avant du manque d'unité morphologique des Israélites. Et Renan pouvait affirmer qu'il n'y avait pas un type juif mais des types juifs. Pittard (1), de Genève, dit avec raison : « Si l'on demandait à un anthropologiste d'établir — même en quelques traits principaux, — la physionomie ethnique des Juifs, il serait bien embarrassé ». Leur polymorphisme physique est en effet remarquable.

Certains se montrent grands, blonds, aux yeux bleus ; d'autres, petits, bruns aux yeux noirs, rappellent la race méditerranéenne. Il semble bien que tous les intermédiaires existent entre ces deux extrêmes.

On conçoit d'emblée toute l'importance de la question et sa valeur d'ordre général : le problème premier qui se pose, est de savoir si la race juive existe comme entité anthropologique, ou si, primitivement unique, elle a dévié vers une certaine différenciation, par suite des influences multiples qu'elle a subies le long des siècles. On connaît la fortune de ces idées émises par Boas vers 1912 pour expliquer la grande évolution et variation des races mais on sait aussi que plus d'une fois elles ont été âprement critiquées.

Dans une étude comme celle qui va suivre — on ne peut se tenir qu'aux caractères classiques sur lesquels se fondent les classifications anthropologiques.

De par sa situation géographique, la Palestine n'é-

(1) Pittard : *Les races et l'histoire*.

taut nullement propice à l'éclosion et à la conservation d'une race unique. Pays méditerranéen, elle continuait à l'ouest jusqu'à la mer les pentes douces du plateau de la Mésopotamie ; seule la chaîne du Liban, rongée par le temps, la séparait de la Syrie ; ses limites méridionales se perdaient dans le désert de l'Arabie ; enfin, par le territoire de Sinaï, elle communiquait largement avec l'Egypte.

Pays méditerranéen dont la conquête était une nécessité vitale pour toute civilisation s'étendant au delà du Tigre et de l'Euphrate (Lehman Haupt), — de plus, véritable couloir entre l'Afrique du Nord et l'Asie antérieure, — la Palestine devait être le territoire d'influence d'au moins deux civilisations : celle de l'Est — l'Akkadobabylonienne —, celle de l'Ouest, — la civilisation égyptienne. —

L'idée de pureté raciale, — qualité qui est avant tout en fonction de l'isolement géographique, important surtout à cette époque, — apparaît donc, a priori, peu soutenable.

Mais l'existence d'une seule race peut être mise en doute à une époque antérieure même à l'arrivée des sémites.

Les travaux archéologiques de Botten, Louis Lartet, Richard, Morestin, Chantre et Morgan ont mis à jour un nombre assez considérable de localités préhistoriques.

Si le paléolithique ne montre rien qui soit particulier au pays et différent de la même période européenne, les fouilles récentes de Macalister ont fourni des documents assez caractéristiques concernant les

anciennes ou l'ancienne race palestinienne de l'époque préhistorique (1).

Il semble bien que la population d'origine n'était pas sémite (2).

D'autres faits tendent à montrer son manque d'unité raciale. On suppose, en effet, qu'à côté d'une race petite et brachycéphale, il existait une autre, grande et forte, dont témoignent les travaux préhistoriques gigantesques découverts récemment.

Il n'est pas possible d'entrer dans la discussion de ces faits.

Il semble que la population primitive de la Palestine était d'origine variée : hittite, indo-européenne, peut-être aussi sémite.

Telles sont les conclusions de Bertholet (3).

Pas d'unité de race donc chez les premiers habitants du pays.

Ce n'est pas le lieu de discuter si les sémites dont on trouve les premières traces historiques vers 2800 av. J.-C., sont venus de la Syrie (pays d'Amourou), qui serait pour nombre d'auteurs leur berceau, ou si au contraire, partis de l'est de l'Arabie, ils ont pénétré en Palestine par le Sinaï.

(1) Boule : *Les hommes fossiles*.

(2) *Les conclusions ne reposent que sur un nombre minime de documents : les crânes de Gezer.*

(3) A. Bertholet : *Histoire de la Civilisation d'Israël*.

Quoi qu'il en soit, sous le nom d'Amorites (1), les sémites de Syrie occupent à cette période vers 2800 tout le pays. Mais déjà des influences de l'est se manifestent de plus en plus fortes : le deuxième royaume sémite d'Agadé étend sa domination sur la Palestine puis, après sa disparition le deuxième royaume sumérien prend sous la dynastie mi-sémite des rois d'Our la succession de sa politique (2).

Ce n'est là qu'une influence politique sans influence ethnique sûre.

Plus ancienne encore que la civilisation de l'est, l'Égypte s'est ouverte de bonne heure (vers 2850), les routes qui menaient dans la direction de la Palestine et de la Syrie, par la conquête de Sinaï. Puis, sous les rois de la 5^e dynastie, vers 2580, elle étendit son protectorat sur la Palestine et la cote de la Phénicie (3).

Et les premières civilisations continuent leur changeante épopée, plus variable dans ces pays que partout ailleurs.

(1) Certains discutent même l'origine sémite des Amorites; Bertholet les considère comme tels, d'autres les croient blonds.

(2) Parmi les conquérants il y avait des Akkadéens sémites, des Sumériens fortement dolichocéphales avec un occiput très saillant, un nez droit et étroit, des lèvres minces se rapprochant du type sémite ou du type méridional.

(3) Les bas-reliefs du Temple de Sahoure à Abousir montrent le retour de la flotte égyptienne et figurent des prisonniers d'aspect sémite.

Des royaumes s'écroulent en quelques années ; sur leurs ruines apparaissent des civilisations nouvelles rapidement balayées par quelque vague guerrière ; des tribus nomades massacrent la moitié d'une population pour s'unir à l'autre et se perdre dans sa masse ; des infiltrations pacifiques changent l'aspect d'une civilisation et la valeur ethnique des membres qui l'ont créée. Et le désir des grands espaces, les conquêtes, la recherche des richesses font plus de méliissages que ne peut effectuer expérimentalement un biologiste.

Il est cependant évident que les conquêtes n'ont pas été forcément suivies de mélange ethnique.

Avant même que l'empire sumérien ne soit à terme, l'Asie antérieure est pleine de Sémites. A l'époque d'Hammourabi (vers 2000), ils ont pris fortement racine en Palestine. 75 ans plus tard existe sur ce même pays une forte influence indo-européenne, hittite et égéenne. Puis, les Hyksos sémites du Nord traversent le pays pour conquérir l'Égypte (vers 1700). Poussées par leur avance, les quelques tribus juïves qui se sont établies dans le pays des Pharaons suivent leur retraite (vers 1590), mais prennent des voies différentes et emploient un temps beaucoup plus considérable pour arriver en Palestine.

Si la retraite des Hyksos jette le trouble parmi les habitants de ce pays, — les Cananéens, — elle ne laisse aucune trace ethnique.

Par contre, l'invasion et la conquête égyptienne (1)

(1) *Egyptiens : peuple hamite de race brune. Haddon, p. 145.*

qui lui font suite, sont suivies de colonisation et de mélanges ethniques profonds.

« A la veille de la conquête égyptienne, écrit Fougères (1), la population de la Palestine était sémitique, plus pure vers le sud, mais avec un mélange de sang hittite (2) vers le nord et peut-être un peu de sang aryen ».

Et l'Égypte parfait son œuvre. Vers 1350 la civilisation palestinienne est complexe et singulièrement mêlée.

A la faveur des luttes qui vont bientôt commencer entre les Hittites et les Égyptiens et qui se passent sur le sol palestinien, des éléments indo-européens s'infiltrèrent un peu partout (Danaens, Dardanéens, etc...). Nous ne parlons plus des Philistins qui étaient des Indo-Européens du littoral, ni des tribus juives venues d'Égypte qui commencèrent — à cette époque — la conquête du pays. On connaît les luttes meurtrières entre ces deux derniers peuples, l'extermination des vaincus mâles qui était presque la règle et on remarque facilement les grandes possibilités de métissage qui s'offraient aux vainqueurs. On sait, d'autre part, qu'au moins en ce qui concerne les Cananéens, certains ont été conquis pacifiquement (infiltrations, mariages mixtes, etc...). Il ne faut pas

(1) G. Fougères : *Peuples et Civilisations. Les premières civilisations.*

(2) Hittite : *Variété d'Arménoïdes, brachycéphales, à occiput vertical, nez grand, proéminent, à profil d'oïseau (Haddon, p. 184).*

se faire d'illusions non plus sur la pureté raciale des tribus juives. Edouard Meyer estime par exemple que la proportion des Hébreux dans la tribu de Judas était tout à fait minime.

Il est certain que les événements politiques ultérieurs et la déportation des Juifs en Chaldée n'ont fait qu'augmenter les possibilités de mélanges ethniques.

Dans toute l'antiquité les Juifs ont joué en petit le même rôle que celui des Phéniciens au début de cette même période. On trouve des signes nets de leur expansion jusque dans les pays les plus lointains (1). Leur dispersion par les Romains n'a fait qu'augmenter et imposer certaines conditions de vie qui existaient déjà en germe.

Sous la domination romaine, leur état comportait cependant assez de liberté pour ne pas leur donner l'obligation d'accepter un isolement, que seul leur a imposé le Moyen Age. L'apparition d'une nouvelle conscience nationale a été la conséquence immédiate des nouvelles conditions d'existence créées par l'Inquisition ; cette conscience a raffermi l'idée de leur unité, leur croyance dans une destinée commune et — partant — leur isolement.

Toute cette époque, lourde de multiples conséquences, — et les médicales ne sont pas les moins importantes — a dominé trop l'esprit de ceux qui ont affirmé l'unité ethnique de ce peuple.

Il ne faut d'ailleurs pas oublier que même à cette

(1) *Il existe en Chine des temples juifs et des populations connaissant l'hébreu installées là depuis une période qui semble antérieure à la conquête romaine.*

période, des métissages involontaires ont pu se produire — du moins dans certains pays — résultat des viols commis au cours, mais aussi en dehors, des massacres de cette minorité.

L'histoire des Juifs apporte ainsi un argument de plus en faveur de leur manque d'unité raciale.

D'autres faits sont venus contribuer à l'acquisition de ce polymorphisme.

Sans qu'on puisse parler d'un prosélitisme religieux juif, il est certain que quelques groupes se sont convertis à son système philosophique et forment corps avec la masse juive.

Tels sont depuis l'antiquité les Falachas, noirs Abyssins, quelques groupes de Khazares convertis au VII^e siècle, des Tamidiens de la secte Karaïte, un certain nombre de Tatars de Crimée et de Kassan, ainsi que les Juifs noirs de Cochin. Ceux-ci n'ont pas subi des transformations morphologiques essentielles sous l'influence du milieu, comme on l'a soutenu : ils ne sont que les descendants d'un groupe hindou converti par les Juifs dits blancs immigrés au Cochin après la destruction de Jérusalem par Titus.

On voit donc combien il serait difficile de constater des caractères anthropologiques identiques chez les différents groupes juifs. Point n'est besoin de faire appel à l'influence modificatrice du milieu ou à des évolutions différentes dans le temps pour expliquer les phénomènes qu'on constate tous les jours.

Quoi d'étonnant alors si les caractères anthropométriques des nombreux groupes juifs présentent des possibilités qui vont d'une extrême à l'autre ?

Leur indice céphalique montre des variations allant de la dolicho à l'hyperbrachycéphalie. Leur taille, au-dessous de la moyenne en Pologne, dépasse 1 m. 70 à Londres ou atteint 1 m. 69 à Odessa — dépassant ainsi la taille moyenne européenne. Suivant les pays et les auteurs, leurs cheveux sont bruns foncés, noirs ou blonds, — sans que l'érythrisme constitue une exception — lisses ou droits, fréquemment crépus : la couleur de leurs yeux présente les variations les plus grandes, ainsi que la forme de leur visage, de leur menton ou de leur bouche. S'il est classique de leur attribuer un nez de forme et de dimensions particulières, on sait que plus d'une fois on a montré la rareté de ce type dans les grandes agglomérations juives.

Les variations sont parfois considérables entre les membres d'un même groupe.

Ceux de Syrie et de Palestine présentent en moyenne un I.C. de 80 à 84, une taille de 1 m. 64 ; ils ont des cheveux noirs et sont leptorrhiniens. Les Fellahs ainsi que les Samaritains seraient dolichocéphales. Il est d'ailleurs fort difficile d'étudier les habitants de ces régions qui présentent des types de plus en plus variés du fait de l'immigration qui apporte dans le vieux pays des groupes ethniques aussi multiples que variés.

En Mésopotamie, ils ont une taille au-dessous de la moyenne, — 1 m. 64, — des cheveux châtons, un I.C. de 78 et ne sont dolichocéphales que dans 13,5 % des cas.

Les quelques séries de Juifs de l'Asie Centrale mesurés par Weissenberg apparaissent brachycéphales

(72 %) parmi les populations brachycéphales à cheveux bruns (88,9 %).

Ceux du Sud de la Perse sont dolichocéphales, de taille inférieure à 1 m. 64, à cheveux constamment bruns. Par contre, ceux du Nord se rapprochent de leurs frères du Caucase. Dans ce dernier pays, ils sont brachycéphales, de petite taille et présentent le type physique des Arméniens, dont ils ont les mœurs et la langue.

Les Juifs d'Arabie (Royaume Juif éphémère au VI^e siècle), sont chétifs, petits (1 m. 59), dolichocéphales 74,3, à cheveux noirs et yeux très noirs, — au nez exceptionnellement crochu. Plus petits que les Arabes, ils sont considérés par ces derniers comme des compatriotes convertis au judaïsme.

Les Juifs du nord de l'Afrique présentent le même polymorphisme, qu'explique d'ailleurs leur ancienneté (300 av. J.-C.), ainsi que les mélanges et les apports du continent (Espagne). D'après les séries de Bertholon et Chantre, ils sont grands mais de taille variable, en grande majorité dolichocéphales, sous délcho ou mésocéphales, aux cheveux noirs, au nez exceptionnellement crochu.

Fishberg a montré l'absence de toute unité raciale des Juifs Américains. Ils seraient moins brachycéphales (I.C. = 81), que leurs corréligionnaires européens (I.C. = 84) et le fait résulterait pour Boas du changement de vie, du nouveau climat et des nouvelles conditions d'existence.

En Europe, les Juifs fournissent une image chaoti-

que, suivant l'expression de Pittard (1). Nous n'insisterons pas sur leurs caractères dont la variation sera évidente lorsqu'on considérera quelques exemples empruntés toujours à Pittard : stature moyenne mais avec des variations considérables. (Londres, Pologne.) I.C. variable suivant les différents groupes. Couleur des cheveux, des yeux : variables, etc... Nous n'insistons plus.

Ainsi, si les recherches historiques jettent le doute sur l'unité de la race juive, les études anthropologiques donnent la certitude de leur manque d'unité raciale en montrant les variations infinies de tous les facteurs dont la réunion sert classiquement de base à toute classification ethnique.

Par la combinaison de ces caractères, les Juifs appartiennent à un certain nombre de races. Nombreux sont ceux qui résultent des métissages entre ces différents groupes.

D'après Weidenreich (cité par Mac Auliffe), les Juifs seraient un mélange d'arménoïdes, dinariques, de nordiques, de méditerranéens et de négroïdes.

Pour Spidzbaum, trois races se rencontrent avec une grande fréquence parmi les Juifs : la race méditerranéenne, la race sémitique, orientale ou araboïde — voisine de la première — et enfin la race arménoïde ou anatolienne.

Des individus dolicho et parfois mésocéphales, de taille moyenne représentent la première. Ils ont un corps souvent grêle, un nez droit leptorrhinien, une

(1) Pittard : *Les races et l'Histoire*.

figure allongée, des cheveux et des yeux noirs, un occiput fréquemment saillant ; leur peau est brunâtre, parfois basanée. La race méditerranéenne est envisagée comme fort intelligente, brillante mais tapageuse, peu profonde, pas excessivement active. (D'après Mac Auliffe, la personnalité et l'hérédité p. 135.)

La race orientale ou araboïde, ou encore sémitique, ne diffère de l'autre que par la forme du nez qui est convexe. « Les sémites sont un groupe de peuples, dit Haddon, dont les Hamites sont à l'une des extrémités et les Méditerranéens à l'autres ». Ce sont en effet des dolichocéphales, très fréquemment de grande taille (dans la moitié des cas pour Mlle Lipiec). Ils ont le nez grand, courbé, étroit et mince, les yeux allongés en amande, à l'angle externe très aigu, les cheveux noirs, les lèvres épaisses. *

Enfin les Juifs appartenant à la race arménoïde sont brachycéphales, de taille moyenne ; ils ont quelques caractères particuliers, occiput vertical et plat, nez convexe, visage étroit, lèvre inférieure épaisse, léger prognatisme du maxillaire inférieur, crâne à sommet presque conique, teint rosé. Fréquente en Pologne, cette race arménoïde est blonde dans 54,2 % des cas.

Lequel de ces types doit être considéré comme spécifiquement juif ? Weissemberg a examiné des Aarônides et des Lévites qui, par leur situation sociale dans le groupe juif ont eu moins de chances de métissage. Ils présentent presque tous une tendance à la brachycéphalie. Cependant, contrairement au vieux dogme qui voulait que le type racial juif originel fut brachycéphal, Weissemberg — en se basant sur les

résultats obtenus chez les Fellahs et les Samaritains — affirme la dolichocéphalie primitive. —

Il est de règle de diviser les Juifs au point de vue anthropologique en deux grands groupes : les Sephardiques ou Espagnols et les Askenaziques ou Tédescos. Les premiers habitent surtout la Turquie, la Grèce, la Bulgarie, la Hollande, la France, et sont les descendants des Juifs chassés d'Espagne (1492) et du Portugal (1497) par l'Inquisition. Parmi eux, 34,5 appartiennent à la race orientale, 38,7 à la race méditerranéenne, et 11,9 seulement à la race arménoïde.

Parmi les Askénaziques qui sont surtout représentés par les groupes de l'Europe centrale et orientale, dominant la race Arménoïde : 35 % (Lipiec), les deux autres étant faiblement représentés (1).

Szpidbaum et Lipiec signalent encore parmi les Juifs des représentants de presque toutes les races : des Nordiques, des Dinariques, des individus de race alpine, baltique, et aussi un certain nombre présentant les caractères de la vieille race cro-magnon.

Si, nombreux sont les Juifs qui présentent les caractères d'une de ces races, d'autres résultent des métiages des précédentes. Dans les différentes unions, suivant les lois de l'hérédité, les caractères anthropologiques peuvent se transmettre partiellement, disparaître complètement ou laisser apparaître les races premières.

A ce manque parfait d'unité raciale, s'oppose la croyance courante dans l'existence d'un type juif : ce

(1) Szpidbaum : 15^e Congrès Int. d'Anthrop. et d'Archéologie 1930. Portugal.

type, bien popularisé par les caricatures, existe sûrement parmi les Juifs ; il est cependant loin d'être fréquent. Il n'est non plus une acquisition propre à ce groupe ethnique. Très souvent on le rencontre chez des personnes qui n'ont rien de commun avec les Juifs. Nous ne pouvons pas croire que l'existence d'un « faciès judaïca » chez un individu non-Juif soit la traduction d'un métissage antérieur. Les résultats auxquels on aboutirait seraient d'autant plus étranges que ce type se rencontre très souvent parmi les Chinois. M. Mac-Aucliffe possède des documents très édifiants à ce sujet.

Les conclusions auxquelles nous ont conduit l'étude historique et anthropologique du peuple juif, ne sont nullement favorables à l'explication de leurs maladies par la race.

Et cependant cette explication a été des plus courantes pendant très longtemps ; elle n'a perdu d'ailleurs que peu de sa valeur.

Lors de la discussion académique de 1891, Hardy en parlant des maladies de la peau, attribuait la prédisposition des Juifs à « la race » (1). Lagneau et même Charcot avaient les mêmes opinions au sujet des maladies diathésiques ou nerveuses. P. Londe affirmait qu'« au point de vue du système nerveux, la race juive avait une pathologie propre ».

Si d'autres ont passé ce facteur sous silence, seul Fishberg dans l'étude détaillée qu'il a faite sur les Juifs, ne l'a pas trouvé satisfaisante. Quoique dans

(1) Hardy : *Bull. de l'Acad. de Méd.* 1891 p. 339.

certains chapitres il parle de la prédisposition raciale des Juifs, dans ses conclusions il a cru faire appel à d'autres facteurs pour expliquer leur pathologie.

De ce que nous avons vu, peu nombreux sont les faits pathologiques concernant les Juifs qui pourraient tirer leur explication de l'étude de la race.

Du fait même de leur polymorphisme anthropologique, cette explication ne peut pas être satisfaisante.

Il serait cependant intéressant de vérifier si certaines différences existent entre les différents groupes juifs ; de savoir par exemple si les Arménoïdes Juifs sont plus fréquemment atteints de « maladies juives » que leurs corréligionnaires de race méditerranéenne ou orientale. Intéressant aussi de comparer des statistiques concernant des Arméniens et des Juifs de race arménoïde, et d'établir les mêmes rapports pour les autres races.

Malheureusement jusqu'à aujourd'hui aucune de ces recherches n'a été faite. Il apparaît d'ailleurs au premier abord que les « maladies juives » se voient avec une égale fréquence dans tous les groupes juifs ; il est certain que ce n'est pas sur des petites différences qu'on pourrait établir des conclusions valables. Les multiples aspects anthropologiques des Juifs plaident cependant pour l'absence absolue de rapports entre leurs maladies et leur race.

En second lieu, on a fait appel à la notion ethnique pour expliquer la rareté de certaines affections dans le groupe juif. Mais, là aussi, les mêmes arguments jouent pour montrer l'indépendance des deux facteurs.

Le manque de fréquence de la lèpre, de la peste et

d'autres maladies parmi les Juifs, s'il a pu apparaître comme un caractère racial, flect dû avant tout à un certain degré d'immunité naturelle des Israélites contre ces affections. Nous employons ce mot avec le sens que lui accorde Auclair (1) et beaucoup d'autres auteurs avec lui. Cette fonction « n'est pas l'opposée de l'immunité acquise. L'une et l'autre se sont établies de la même façon. La seule différence, c'est que la première s'est constituée une fois pour toutes à un moment donné, pour l'universalité des êtres d'une espèce (nous insistons sur le mot espèce) tandis que la seconde continue à s'établir tous les jours sous nos yeux, en restant individuelle et sans la faculté de se transmettre aux descendants, au moins d'une manière bien appréciable ».

Cette immunité qui est héréditaire n'implique nullement un rapport de causalité avec la race. Certains faits peuvent suggérer cependant le contraire. On sait par exemple que l'épidémie de lèpre de Constantinople a fait beaucoup de victimes parmi les Juifs. On a pu prouver que ces malades étaient dans leur grande majorité les descendants de certains groupes judaïsés au VIII^e siècle. On sait cependant que ce n'est pas la race qui a créé ces différences, mais la date différente des premières immunisations.

Quant aux maladies propres aux Juifs, elles n'ont été considérées comme telles que du fait d'une observation insuffisante.

(1) Auclair : *Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine.*

L'idiotie amaurotique, comme nous l'avons déjà dit, se voit dans d'autres races aussi.

Ainsi Heveroch, sur 86 malades, a vu 61 Juifs et 25 de races différentes.

Apert et Dubois, sur 68 malades, ont eu 61 Juifs.

Quoique la maladie de Burger paraît frapper surtout les askénaziques, elles existe chez les autres Juifs aussi.

Elle n'est pas liée à la race, puisque Smith et Patterson l'ont observée chez des Anglais, Leriche chez des Français, et Telfort en Allemagne. Genil l'a constatée chez des nègres ; Koyano a décrit 120 cas au Japon, Miller, 24 cas en Chine. Il est vraiment peu probable que tous ces individus aient été de « race juive » !

On s'est servi trop souvent et à tort du facteur race pour expliquer la pathologie des Juifs. Trop complexe est la constitution anthropologique de ce peuple pour qu'on puisse trouver en elle l'explication de certains phénomènes frappant tous les Israélites.

A l'heure actuelle on ne peut pas considérer la race comme étant la cause de leur résistance à certaines maladies ou de leurs prédispositions morbides.

CHAPITRE IV

HEREDITE

« Il est des estrangetés si incompréhensibles qu'elles surpassent toute la difficulté des miracles : quel monstre est-ce que cette goutte de semence, de quoi nous sommes produits, et qui porte en soi les impressions non de la forme corporelle seulement, mais des pansements et des inclinations de nos pères ».

Les estrangetés persistent aujourd'hui comme autrefois parce qu'elles expriment un phénomène biologique général ; et le mystère existe lui aussi sous l'habit complexe des hypothèses qui, en cette matière sont particulièrement nombreuses et richement imaginatives.

Les définitions qui ont le mérite d'être simple, — sont peu nombreuses. — « L'hérédité — dit Ribot, — est la loi biologique en vertu de laquelle tous les êtres doués de vie tendent à se répéter dans leurs descendants ; elle est pour l'espèce ce que l'identité personnelle est pour l'individu ; par elle au milieu des variations incessantes, il y a un fond qui demeure ; considérée sous sa forme idéale, l'hérédité serait la reproduction pure et simple du semblable par le semblable ».

Le nombre des possibilités qu'elle présente montre

bien que chaque loi ne peut résumer qu'un nombre limité de cas. Il existe cependant quelques uns qui ont une valeur plus générale.

A l'hérédité individuelle dans laquelle le sujet transmet ses caractères propres, par conséquent acquis par lui on oppose l'hérédité de famille de laquelle dépend l'importante question de la consanguinité, — et l'hérédité ancestrale ou atavique dont témoigne l'apparition d'un des caractères d'un ascendant, caractère demeuré latent, pendant une ou plusieurs générations.

Darwin a décrit l'hérédité continue ou directe qu'il opposait à l'hérédité collatérale ou indirecte; l'hérédité unilatérale, — patro ou matrocline — l'hérédité en retour.

Après lui on a signalé l'hérédité limitée au sexe concernant certains caractères qui ne peuvent apparaître que dans un sexe, et l'hérédité liée au sexe ou sex linikted — l'hérédité mixte ou intermédiaire, l'hérédité ou mosaïque ou naudienne qui consiste chez les descendants en à une juxtaposition des caractères des ascendants (cas de la mulâtresse de Varniot).

Une autre forme — l'hérédité d'influence ou de télégonie a été plus d'une fois mise en discussion et ne peut être admise que d'une façon exceptionnelle. E. Rabaud) (1).

De beaucoup plus simplement, Rabaud distingue cinq variétés. La plus importante de par sa fréquence est régie par les lois de Mendel. L'hérédité suivant le mode alternant est caractérisée en effet par l'uniformité.

(1) Rabaud in *Traité de Physiologie normale et pathologique*. Roger T. XI.

mité des hydrides de premières générations et la disjonction des caractères dès la deuxième génération, disjonction qui se fait en proportions déterminées et suivant les lois de la dominance et de la récessivité.

Accessoirement cet auteur distingue : l'hérédité suivant le mode intermédiaire caractérisée par l'absence de dominance et de disjonction et par l'équivalence des caractères hérités ; l'hérédité suivant le mode continu, qui se traduit par une série continue, intermédiaire entre les deux parents ; l'hérédité limitée au sexe et enfin l'hérédité polymorphe.

Du nombre considérable des formes citées, il résulte qu'en matière d'hérédité, les possibilités sont innombrables. Ce qui domine cependant, c'est la fréquence des faits qu'ont remarqué simultanément vers 1865 Charles Naudin en France et Grégor Mendel en Autriche. La théorie et les lois de Naudin Mendel, concordent assez avec les vues des génétistes actuels. Th. Morgan en a donné des preuves expérimentales de grande valeur. Nous résumons donc les conclusions de Naudin Mendel sur lesquelles nous aurons à revenir plus d'une fois.

1. A la première génération filiale, l'un des deux caractères primitifs des parents, prédomine nettement ; il est impossible de trouver l'autre qui n'existe qu'à l'état latent et s'appelle récessif (r) ou dominé par opposition au premier qui constitue le facteur dominant. (D).

2. Ces individus, croisés entre eux, donnent à la deuxième génération 25 % récessifs, 25 % dominants et 50 % d'individus Dr, d'apparence dominants mais chez lesquels le caractère récessif existe à l'état latent.

Deux individus de même race pure fécondés entre eux ne donneront que des types de race pure dominant ou dominés. Les hybrides de deuxième génération fécondés entre eux donneront des individus de troisième génération qui se départageront comme ceux de la seconde génération (25 % D, 25 % r et 50 % Dr) ; enfin, les hybrides de deuxième génération fécondés avec les récessifs purs donnent 50 % D et 50 % r ; fécondés avec des individus dominants ils donnent 100 % D.

Retenons le fait, qu'un caractère récessif persistera tant que les unions se feront avec des individus le possédant à l'état pur. Il pourra disparaître dans les unions avec les dominants pour réapparaître après une ou plusieurs générations et dans des proportions données.

Ces faits nous aiderons à comprendre nombre des maladies des juifs qui évoluent suivant ce caractère.

L'accord est loin d'être fait sur l'importance question du mécanisme de l'hérédité.

Comme pour le phénomène lui-même les hypothèses abondent.

Certaines n'ont donné que l'illusion d'une explication ; on s'étonne de voir que des hypothèses aussi fantaisistes que celle de Heckel (théorie des plastidules) ou de Darwin (théorie des gémules) ont pu être à la base de la génétique et trouver une certaine vérification dans les expériences de Morgan.

De toutes les vieilles théories — celle émise par Weissmann — a connu par sa simplicité le succès.

Imaginer un plasma germinatif immortel et transmissible — support de l'hérédité — et l'opposer au tissu

somatique — ce n'était pourtant que donner une explication imagée des faits observés. Elle était cependant assez simple pour pouvoir être admise par les défenseurs de toutes les théories ultérieures, être la base de la théorie factorielle moderne et constituer, même pour les auteurs qui n'admettent pas celle-ci, une vérité presque absolue.

Le mécanisme de l'hérédité apparaît lié, en premier lieu aux propriétés constructives, intrinsèques du cytoplasme de l'œuf. Mais, si celui-ci donne les grandes lignes du développement, d'autres facteurs internes réalisent le patrimoine héréditaire des ascendants directs, et sont la cause de tous les caractères personnels.

On admet aujourd'hui que ce sont les chromosomes du noyau qui sont les porteurs de ce patrimoine héréditaire. D'origine autant spermatique qu'ovulaire (par moitié) variables par leur nombre : 48 chez l'homme (Painter), variables dans leurs dimensions et leur forme, les chromosomes renferment certaines particules, les gènes, véritables unités héréditaires. Simultanément ou séparément par leurs actions chimiques, les gènes modifient le processus de développement et interviennent dans le fonctionnement des cellules et des groupes cellulaires, sans toutefois qu'ils puissent avoir par leur propre morphologie un rôle déterminant ou représentatif d'une partie quelconque du corps. Si pour une cause quelconque un gène subit un changement constitutionnel, une modification morphologie s'ensuit, transformation brusque et sans intermédiaire qui, faisant partie du patrimoine héréditaire, se transmet identique dans la descendance.

Remarquons avec Guyenot que ces caractères sont précisément ceux des mutations sur lesquels nous aurons à revenir.

Ces modifications peuvent porter autant sur les organes que sur les fonctions.

Dans les croisements ultérieurs, elles se reproduiront suivant les lois de Mendel (1).

La théorie factorielle est loin d'être exempte de critiques.

Des savants éminents comme Blaringhem, Rabaud (2) en ont formulé un certain nombre. Quelle que soit leur valeur, il semble qu'à l'état actuel, la théorie factorielle puisse expliquer mieux que les autres, les phénomènes de l'hérédité.

Ne se transmettent donc que les caractères inclus dans le plasma germinatif. Il va de soi que les modifications adaptatives de l'individu et leur incorporation à la lignée ne trouvent aucune explication dans la théorie de Weismann. Mais l'hérédité des caractères acquis existe-t-elle réellement? Guyenot (3) ne le croit pas et affirme « qu'aucun des faits cités en faveur de

(1) Certains comme Grasset rejettent en même temps la théorie de Weismann et la théorie factorielle. Pour ce dernier « ce qui est continu, c'est la force, l'énergie phylogénique, l'activité de l'espèce avec l'idée directrice de cette espèce ». *La biologie humaine*.

(2) Rabaud ouvrage cité.

(3) Guyenot : *Le mécanisme de l'évolution et l'expérience*.

cette conception ne résiste à une critique objective ». G. H. Roger en l'admettant, indique que seules les modifications ayant déterminé un changement de fonction, important tant pour l'individu que pour l'espèce peuvent se transmettre. « L'hérédité est la transmission non des modifications anatomiques, mais des modifications fonctionnelles » (1).

Tout en admettant les hypothèses de Weismann, Roger soutient donc que le soma peut exercer certaines influences modificatrices sur le germen (2) du moins dans certains cas.

Il nous reste à donner quelques caractères de mutations phénomènes qui interviennent dans quelques uns des cas que nous aurons à étudier.

Ces variations brusques qui se produisent dans la descendance d'un individu normal d'une espèce déterminée et qui sont le point de départ d'une espèce nouvelle maintenant ses caractères par l'hérédité ne se produisent que par hasard. Bonnes, indifférentes ou nuisibles, elles ont autant de chances d'entraîner la disparition des individus que leur persistance. Les mutations n'échappent que par hasard aux conditions générales de destruction et aux risques de l'amphymixie. Les types trop dissemblables sont d'ailleurs éliminés par la sélection qui confrère en général un certain

(1) Roger : *la maladie* p. 280.

(2) Roger : *Intr. à l'étude de la Méd.*

caractère adaptatif à tous les mutants. Et Guyénol (1), que nous venons de résumer, ajoute : « L'homme lui-même nous apparaît comme le produit d'une série de mutation dont certaines, telles que la lenteur de sa croissance et la masse de son cerveau ont conditionné son prodigieux développement » p. 56.

Nous avons résumé rapidement les principales théories de l'hérédité tout en insistant sur celles qui pourraient expliquer certaines maladies fréquentes ou rares parmi les Juifs.

Il est logique de penser que les mêmes lois qui régissent la transmission des caractères physiologiques normaux doivent exprimer les modalités de l'hérédité morbide. Les mêmes éléments le spermatozoïde et l'ovule sont les vecteurs de cette hérédité. Plus sensibles que les ovules — parce que éléments plus neufs et dont la substance spécifique et active est moins masquée par les réserves nutritives — les spermatozoïdes sont plus facilement et plus rapidement altérés par les causes générales des intoxications; Une maladie maternelle a en échange, plus de chances de se transmettre parce que l'influence nocive — peut s'exercer non seulement sur l'ovule, mais aussi sur l'œuf fécondé, l'embryon ou le fœtus (1). S'il existe des mala-

(1) *Guyénol : L'Hérédité et L'évolution en biologie.*

(1) *On tend à séparer du cadre de l'Hérédité, l'innité qui correspond justement à certains de ces phénomènes.*

dies paternelles qui peuvent se transmettre on sait que les infections ne peuvent atteindre l'œuf que s'il y a eu contagion maternelle.

L'hérédité morbide peut être similaire ou dissemblable; les enfants des malades atteints de brachydactylie ou de cholémie familiale peuvent être atteints de ces maladies; mais on peut voir aussi les descendants présenter une maladie différente de celle des ascendants (alcoolisme et épilepsie).

D'une manière générale, — le cas de l'hérédité tératologique, et familiale exclu — pour qu'une maladie congénitale puisse se manifester il faut une cause extérieure déclanchante. « Ce qui caractérise un état morbide — dit Rabaud — c'est la continuité sans la similitude; entre les ascendants et les descendants s'interpose une influence extérieure ».

Quant au mode de transmission de cette hérédité, on comprend aisément toutes les difficultés que son étude comporte.

Les possibilités sont, comme pour l'hérédité simple, variées et nombreuses. La loi de Galton corrigée par Pearson, donne la règle de fréquence de ces maladies héréditaires. Comme pour les caractères simples, on distingue deux groupes de maladies héréditaires, qui correspondent aux lois mendéliennes de dominance et de récessivité.

En clinique, l'hérédité morbide se présente sous 2 formes : dans certains cas il s'agit de la transmission d'une maladie liée au passage d'un microbe dans le nouvel organisme, ou engendrée par une intoxication (alcool, toxines microbiennes, etc...) est se mani-

festant par des troubles similaires ou dissemblables tels que les dystrophies; dans d'autres cas, ce n'est pas la maladie qui est transmise, mais un terrain particulier terrain prédisposé pour certaines maladies, réfractaire à d'autres — présentant donc des immunités particulières, ou ayant la faculté de localiser facilement une maladie générale, sur tel ou tel organe.

Cette deuxième possibilité de l'hérédité pathologique intéresse de plus près les Juifs.

Chez eux, ce phénomène biologique, peut fournir l'explication d'un bon nombre de faits morbides.

D'emblée, une remarque s'impose : les expériences qu'on peut réaliser sont en nombre tout à fait minime et l'étude statistique n'a qu'une valeur toute relative car elle ne peut que difficilement être comparée à la masse totale des malades. Les explications qu'on peut donc fournir sont beaucoup plus souvent d'ordre hypothétique ou la conclusion de certains faits théoriques, que des résultats expérimentaux précis.

Si on admet aveuglement la théorie factorielle, un changement du milieu interne, — auquel on ne manquerait pas de trouver une explication, — serait suffisant pour produire des modifications dans la forme et la disposition des gènes et expliquer ainsi les particularités de la pathologie des Juifs. Cette manière de voir serait beaucoup plus une excuse de l'ignorance qu'une explication des faits. Ce ne serait que bâtir une série d'hypothèses, sans valeur aucune.

Ce n'est donc pas par des *facteurs héréditaires* par-

ticuliers qu'on peut expliquer l'hérédité pathologique des Juifs.

Nous étudierons successivement : les maladies rares, les maladies fréquentes et les maladies propres aux Juifs, dans leurs rapports avec l'hérédité.

- Prise dans son sens le plus simple « l'immunité est l'histoire d'un conflit et de ses péripéties successives — quelle qu'en soit l'issue » (1).

Processus réactionnel, se produisant après l'introduction ou la formation d'un antigène dans le corps, — la résistance qui en résulte est toute relative et subjective. Les Juifs possèdent, une réaction de groupe se traduisant pour la tuberculose par exemple par un nombre minime de malades et par des formes légères tendance fibreuse, formes peu évolutives, d'un pronostic relativement bon et nécessitant un traitement simple.

La fréquence de ces éventualités ne peut s'expliquer que par l'existence d'un facteur héréditaire vrai transmissible de génération en génération et ayant réalisé un terrain particulier. En effet, outre que la contagion reste possible dans les premiers mois de la vie, — quoique les possibilités sont infiniment moins grandes pour les Juifs que pour les non Juifs — cette immunité n'est pas passagère, transitoire, comme celle conférée par l'hérédité congénitale. Il s'agit le plus souvent d'un terrain particulier peu ou mal tuberculi-

(1) Bordet : *L'immunité in Physiologie normale et Pathologique*. Roger T. VII.

sable transmissible de l'ascendant au descendant. Cette résistance qui existe chez les Juifs de tous les âges, présente donc les caractères de l'hérédité vraie, et doit dériver, vue son intensité — d'un facteur double maternel et paternel. Hermann a montré expérimentalement qu'il ne suffit pas de la transmission ovulaire ou placentaire et secondairement mammaire pour obtenir une résistance déterminée et durable. Charrin et Glay ont montré à leur tour l'importance de la vaccination paternelle.

Il a fallu donc pour obtenir cette résistance d'un terrain particulier préexistant chez les deux parents. Mais pour que ce caractère puisse être hérité, il a dû être élaboré et maintenu par des unions bien dirigées pendant un certain nombre de générations successives. Métalnikoff (1) a montré d'une façon remarquable cette nécessité : cet auteur a pu obtenir une race d'animaux fortement résistants au vibrion cholérique en vaccinant toute une série de générations antérieures contre cette maladie. G. Dreyfus Sée (2), en reprenant ses expériences a pu réaliser un terrain réfractaire aux pneumocoques chez des animaux particulièrement sensibles vis-à-vis de ce germe.

Les expériences de laboratoire trouvent confirmation dans les faits cliniques. Ainsi Grumberg, étudiant les antécédents de 2.000 enfants tuberculeux, a trouvé que le nombre de ceux dont les deux générations antérieures étaient malades était inférieur à celui dont

(1) *Métalnikoff : Presse Médicale. 1927.*

(2) *G. Dreyfus Sée : Thèse de Paris 1928.*

seuls les parents étaient de tuberculeux. Les chiffres, qui exprimaient ce résultat était de 20 à 30 % pour les premiers, et 25 à 40 % pour les seconds. Sanarelli en Italie est arrivé aux mêmes conclusions chez les non-Juifs.

On conçoit dès lors facilement l'enchaînement des faits

A une première atteinte, qui est survenue sûrement à une époque très lointaine, les Juifs se sont comportés comme une race nouvelle, — comme les nègres vis-à-vis de la même maladie lors de leur première atteinte. Une véritable sélection s'est faite dont le résultat a été la formation d'une race relativement résistante à la maladie, rappelant celles obtenues expérimentalement par Webster, Metalnikoff, etc... Sous l'influence des atteintes successives ayant produit une succession de vaccinations, favorisée par la continuité de la réaction, résultant des unions entre des individus présentant les mêmes qualités physiologiques — et on connaît la fréquence de la consanguinité parmi les Juifs, — cette immunité transmissible, a créé un terrain particulier, héréditaire, qui rend les Juifs assez réfractaires à la tuberculose, et qui explique le manque général de gravité des atteintes de cette maladie chez eux. Les règles mêmes de transmission de ce terrain, — qui sont celles fournies par les lois de Mendel — leur complexité, liée au nombre considérable de facteurs qui entrent en jeu (du fait des antécédents personnels des sujets), et aux combinaisons et répartitions multiples que ces facteurs comportent, — expliquent suffisamment les différences que ce terrain peut présenter, différences qui trouvent leur traduction

dans la réceptivité inégale vis-à-vis du germe et les formes anatomo-cliniques variables d'un sujet à l'autre.

Quant à la différence considérable qui existe entre la fréquence de la tuberculose infantile chez les Juifs et chez les non Juifs, — elle trouve son origine dans l'existence de quelques facteurs supplémentaires: De Porte qui ne croit pourtant pas à la plus grande fréquence de la tuberculose parmi les Juifs, donne des chiffres impressionnants.

Jusqu'à 1 an	—	8 %
1 à 5 ans	—	2,3 %
5 à 14 ans	—	6,7 %
15 à 25 ans	25 %	31,6 %

Ces chiffres représentent la mortalité par tuberculose dans l'état de New-York en 1925 et non la maladie. Sans qu'ils aient une valeur absolue ils sont assez démonstratifs.

L'enfant Juif est plus protégé que le non Juif.

1° Du fait de la transmission du jeu des autres facteurs d'immunité qui existent pour l'adulte aussi (immunohérédité);

2° Du fait de la réaction tissulaire stimulante que cette immunité passive peut déclencher et de sa conséquence immédiat: l'apparition d'une ébauche d'immunité active. (Expériences de Vaillard, Ehrlich, Metchnikoff);

3° Du fait enfin de l'âge jeune des parents : on sait que du moins jusqu'à notre temps, les Israélites se mariaient très jeunes. Béraud l'a bien montré dans sa thèse. Cette précocité dans le mariage expliquait la différence d'âge des époux — le plus souvent mini-

me. — De là résulte pour l'enfant une plus grande influence physiologique maternelle, conséquence du fait que la maturité biologique est beaucoup plus précoce dans le sexe féminin.

Orchansky (1) a prouvé — d'autre part — que l'état morbide maternel tend à diminuer chez les enfants par opposition aux affections paternelles qui se renforcent chez les descendants. Exprimée d'une manière différente, cette phrase indique l'augmentation de l'immunité d'origine maternelle dans la descendance et sa diminution quand elle est uniquement d'origine paternelle. On voit donc dans les faits décrits par Orchansky, — l'influence biologique maternelle étant généralement dominante chez les Juifs, — un facteur de plus pour expliquer la particulière résistance des enfants israélites à la tuberculose.

La série de faits invoquée pour l'infection bacillaire doit logiquement être appliquée et trouver vérification dans d'autres cas, telle que la lèpre. Les rapports existant entre ces deux maladies ont été d'ailleurs maintes fois discutés. Et on peut se demander s'il n'existe pas une immunité de groupe pour les deux affections.

Mêmes observations pour le choléra : l'épidémie du XIV^e siècle, la première, a produit une très grosse mortalité parmi les Juifs, tandis que celles du XV^e et du XVI^e siècles les ont trouvés relativement réfractaires.

(1) Orchansky : *Préface de C. Lombroso, l'hérédité de la famille. Bull. de la Soc. des Et. des formes humaines* 1926, p. 304.

Dans un deuxième groupe de faits, nous étudierons les rapports qui existent entre les maladies fréquentes chez les Juifs et l'hérédité.

Ce n'est pas d'une façon exceptionnelle que ces maladies existent dans une même famille, qu'elles se voient chez les grands parents et parents et persistent dans leur descendance. Très souvent elles entrent dans le cadre de l'arthritisme.

Il n'est dès lors pas étonnant que les possibilités de similitude et de divergence de cette hérédité aient autant de chance d'exister. Déjà Bouchard avait montré la fréquence des manifestations morbides différentes mais du même groupe. Il insistait cependant sur le fait que l'hérédité était fréquemment similaire pour la goutte et l'obésité.

Dans la même famille juive on pourra trouver un enfant asthmatique présentant souvent de l'urticaire ou de l'eczéma, une femme obèse et sujette aux migraines, un homme atteint de diabète ou de goutte, un vieillard artério-scléreux ou rhumatisant chronique. Les exemples abondent. Nous en avons trouvé des typiques. Draper, parlant du rhumatisme articulaire aigu, cite les antécédents des différents membres d'une famille (jusqu'à la 4^e génération) qui par hasard se trouva être d'origine juive. Les résultats sont concluants. Mais ce que les Juifs héritent, ce n'est pas la maladie même, mais la tendance familiale pour les mêmes affections. Il existe donc chez eux un terrain particulier qui explique la fréquence des maladies de la diathèse arthritique. Ces affections ne se

manifestent que lorsque les conditions de milieu agissent convenablement ; Bouchard déjà leur accordait une importance considérable.

Quant à préciser pourquoi ce terrain passe de génération en génération, c'est là une des questions les plus difficiles qui soient. Si un facteur commun pouvait être trouvé à l'origine de toutes ces maladies, on aurait certes une notion de grande importance pour résoudre le problème qui nous intéresse.

Or, l'accord est loin d'être fait sur l'origine de l'arthritisme. Maladie par ralentissement de la nutrition pour Bouchard, maladie infectieuse pour Gilbert et Lereboullet, infection ou intoxication chronique pour Ponchet et E. Leriche, — il a été considéré tour à tour comme un « herpétisme dépendant du système nerveux » par Lancereaux, comme un trouble de nutrition du système conjonctif par Hanot, comme un déséquilibre humoral se traduisant par des crises colloïdoclasique par l'école de Widal. Glénard en a fait une insuffisance hépatique, Léopold-Lévy un trouble thyroendocrinien.

Toutes ces hypothèses ont répondu à une série d'observations et ont pu expliquer un certain nombre de faits ; aucune ne s'est montrée rigoureusement exacte.

Deux remarques se dégagent cependant assez nettement de tout l'amas de données et d'expériences : l'existence dans l'arthritisme d'un trouble du tissu conjonctif et des troubles d'insuffisance hépatique.

Nous aurons à revenir sur les premiers, mais déjà, sans qu'on puisse dire s'ils sont la cause de tous ces troubles, ou seulement une des manifestations de cette diathèse, — on doit remarquer que la tendance à

la sclérose, qui est le propre de ces maladies, est un facteur de résistance à la tuberculose : un facteur de plus.

L'insuffisance hépatique paraît exister dans un nombre assez considérable de cas. Sédillot (1) croit à cette débilité et montre d'une façon assez ingénieuse par quel mécanisme elle détermine tous les accidents de l'arthritisme.

Si ces faits pouvaient être démontrés, d'une façon précise, ils feraient mieux comprendre la fréquence de ce terrain particulier chez les Juifs. Le foie est en effet un organe résistant, mais sensible. Charrin et Nattan Larrier ont montré qu'il est le premier à être atteint chez le fœtus, lors d'une infection ou intoxication maternelle ; et cela même dans les cas où les recherches de laboratoire n'aboutissent pas à déceler un germe dans le sang fœtal.

Il est en effet directement placé sur le trajet de la veine ombilicale qui capillarise dans cet organe le sang maternel. Plus que cela, on a pu penser qu'il existait une certaine correspondance entre la lésion des organes maternels et fœtaux. Le Play et Corpechot ont montré par exemple que les lésions rénales déterminent des lésions similaires chez l'enfant par le passage des nephrotoxines à travers le placenta. Charrin et Delamare (2) ont prouvé la correspondance des lésions hépatiques chez la mère et chez l'enfant.

(1) *Sédillot : l'Arthritisme.*

(2) *Charrin et Delamare in Apert : hérédité morbide*
p. 183.

Il semble donc que la débilité hépatique se transmet héréditairement, plus que n'importe quel autre terrain.

De plus, Apert a remarqué que pour certaines maladies comme la goutte, l'hérédité va en se renforçant à mesure que le générateur est plus profondément atteint. Dans la descendance, le cadet aura plus de chances que l'aîné de présenter cette maladie, parce que la conception plus tardive fait supposer chez les parents un état morbide plus marqué. Dans ce cas donc, à la disposition ancestrale s'ajoutent des influences actuelles agissant sur les générateurs.

Toutes ces données démontrent suffisamment la possibilité de transmission du terrain de petite résistance hépatique. Cette débilité a eu plus de chance de se conserver chez les Juifs, du fait que l'introduction dans leur groupé d'éléments nouveaux au terrain différent à été exceptionnelle.

Quant aux premières atteintes, on peut supposer qu'elles ont été la conséquence d'une infection peut-être d'un parasite, qu'elles sont apparues spontanément, comme des véritables mutations, — beaucoup plus fonctionnelles qu'anatomiques. — Le fait n'est pas rare et Verneau (1) qui a étudié la famille Fori a vu s'établir une lignée à partir d'une variation d'ordre pathologique. Pendant quelque temps cette insuffisance ne se serait maintenue que par hasard, en rapport avec des unions entre des individus de même qualité. La tare était d'ailleurs compatible avec une

(1) Verneau cité par Rabaud Roger VII.

existence presque normale et avec les conditions nécessaires pour la conservation du groupe. Répétée pendant plusieurs générations, elle a été capable de modifier insensiblement le terrain et les susceptibilités morbides.

La fréquence de certaines maladies, — telles que l'asthme, les bronchites exsudatives, les débâcles diarrhéiques, l'eczéma, les névralgies et les migraines, le rhumatisme, la calvitie précoce, la séborrhée, les manifestations de la lithiase biliaire ou rénale, ainsi que certaines psychoses, — trouve donc son explication dans le terrain particulier des Juifs.

L'hypothèse de la débilité hépatique congénitale, qui demande à être vérifiée, semble avoir beaucoup de chances d'être exacte.

Quelle que soit l'opinion de M. Loeper qui pense que le diabète est « nettement un syndrome neuro-pancréatique », il faut rapprocher cette maladie du groupe déjà décrit, d'autant plus que l'insuffisance pancréatique seule n'arrive pas à l'expliquer (Rathery) ; de même l'obésité que certains auteurs considèrent uniquement comme un syndrome glandulaire.

Certaines réactions particulières réalisant les psychoses sont, elles aussi, intimement liées à ce terrain diathésique si particulier aux Juifs. Quelle que soit leur origine, l'hérédité de ces affections ne fait aucun doute ; on sait qu'elles peuvent se transmettre de génération en génération — comme les grandes qualités

d'ailleurs — pendant des siècles. Les études que Joerger a faites sur la famille Zéno et celles entreprises par d'autres sur les familles Jukes ou Ben Ismaïl ainsi que les résultats obtenus en vérifiant l'arbre généalogique de quelques groupes, comme les familles Bach, Carnot, Schumann, — montrent bien la véracité de ces affirmations.

Quant à la transmission des tares psychiques, les chiffres fournis par l'examen des antécédents héréditaires des malades sont effarants. Sur les criminels de New Jersey, Godard l'a observée dans 89 % des cas et dans 47 % chez les prostituées.

Sur les criminels du service social de Paris, MacAuliffe a trouvé le chiffre de 60 % qui est déjà assez important. Marcé incrimine l'hérédité dans 9/10 des cas et Régis la considère comme la plus importante des causes de folies.

Pour les deux formes qui nous intéressent particulièrement, comme étant les plus fréquentes chez les Juifs, — la manie dépressive et la démence précoce, — les statistiques montrent assez nettement l'influence de leur transmission : 45 % des psychoses maniaques dépressives paraissent héréditaires pour Mott. Le deuxième groupe fournit un chiffre moins important.

L'hérédité détermine une prédisposition qui doit compter comme un facteur des plus importants dans le développement des maladies mentales, si fréquentes parmi les Juifs. Elle ne fait pourtant que donner une direction : puis sous l'influence d'une cause externe « les pouvoirs mentaux de l'adulte deviennent tout à

fail différents de ce qu'ils auraient pu être dans des conditions différentes » (1).

On trouve ici bien exprimée non pas uniquement la puissance du facteur déterminant des psychoses juives, mais aussi leur cause profonde, constante.

En effet, la fréquence de ces psychoses est liée à deux causes : le terrain qui est transmis de génération en génération, et le milieu, le facteur variable qui déclanche l'événement.

Ce terrain particulier a été réalisé — au cours des siècles par la persistance d'un même facteur qui a laissé son empreinte précise et puissante sur l'esprit du Juif. Soumis toujours au même genre de vie, isolé constamment du milieu externe par des barrières sociales, le Juif s'est retiré en lui-même — (ébauche d'introversiion) — et a cherché à mettre des limites entre lui et le monde extérieur.

Dominé dès son enfance par son infériorité sociale, opposant au milieu sa réaction de défense, — l'isolement —, répondant enfin, pendant des siècles, d'une manière identique à des causes toujours invariables, le Juif a acquis une constitution nerveuse particulière. Ce terrain de faible valeur biologique se caractérise par une grosse émotivité, de l'hypersensibilité, très souvent une tendance à l'angoisse, des réactions vives et fréquemment aussi un déséquilibre neuro végétatif et endocrinien. Deux facteurs entrent en jeu pour le maintenir : c'est d'une part la persistance des mêmes

(1) *Poyer, les problèmes généraux de l'hérédité psychologique.*

causes qui l'ont produit, d'autre part l'absence d'unions entre des individus différents.

Tregdold estime, en effet, que l'état de l'individu n'est que le résultat du mélange du potentiel de développement des deux gamètes. Si un des gamètes présente la même qualité négative que le premier, le potentiel de développement de l'embryon sera encore plus diminué. Heureusement, l'inverse est vrai aussi ; et l'affaiblissement d'une cellule peut être corrigé par le mélange avec l'autre gamète.

Chez les Juifs, la diminution de vitalité n'est corrigée que d'une façon exceptionnelle, les unions se faisant presque constamment entre des individus du même groupe.

Inscrites dans la courbe évolutive des sujets, ces tares ne trouveront toutefois expression, que sous l'action d'une cause déclanchante.

On comprend ainsi, et l'existence du terrain nerveux particulier des Juifs et sa transmission. L'hérédité ne consiste pas dans la similitude mais « dans l'aptitude de réagir d'une façon identique ou analogue à une excitation déterminée ». Cette aptitude est maintenue par la persistance des mêmes facteurs de milieu et par les unions entre des individus du même groupe.

Telle est l'hérédité du terrain nerveux chez les Juifs.

Ce terrain légèrement dévié vers l'attitude Schizoïde

Mac Auliffe. La Personnalité et l'hérédité.

explique la fréquence extrême de la psychose individualisée sous le nom de Schizophrénie.

Les statistiques s'accordent toutes pour l'indiquer.

Becker (1) trouve par exemple que 54,7 % des psychoses observées en Pologne sont de ce type, tandis que seulement 40 % des psychoses des non-Juifs entrent dans la même catégorie. Le rapport est de 1,62 à 1 pour la période de 1921 à 27. En 1929, pour la totalité des maisons de santé et asiles de Pologne, on trouve un rapport presque double : 61,2 % et 31,4 %. Parmi les criminels juifs, les schyzophréniques fournissent le gros pourcentage des malades, 31,6 % (de ceux atteints de maladies mentales) par rapport à 20,9 % chez les non-Juifs. Si on identifie cette forme avec la démence précoce, — qui n'est que le terme évolutif ultime d'une schizophrénie passée à l'état chronique, — on trouve la même prédominance de la maladie chez les Juifs, dans les statistiques américaines de Malzberg (2). Dans l'Illinois 46,3 % des psychoses sont de la démence précoce par rapport à 24,9 % chez les non-Juifs (sur 346.000 Juifs).

Dans le Massachussets, sur 225.000, 36,5 % Juifs et 22,1 % chrétiens.

Il est difficile d'expliquer la fréquence variable de cette maladie suivant le sexe. Elle peut se schématiser de la façon suivante :

Hommes		Femmes		Hommes		Femmes
N. J.	<	J.	<	J.	<	N. J.

(1) Becker. *Allg. Ztschrift f psychiatrie* : 1931 p. 47 et suiv.

(2) Malzberg : *mental Hygiène* oct. 1930 et oct. 1931.

Ainsi donc, le terrain explique grandement la fréquence d'apparition de la schizophrénie.

Les mêmes facteurs entrent en ligne de compte pour la manie dépressive qui est de par sa fréquence la deuxième psychose juive. Sichel la considère comme la plus typique.

Burckhardt (1) en Allemagne exprime le même avis.

Voici sa fréquence par rapport aux autres M. M.

En Pologne en 1928, 11,1 % (Juifs), 5,5 % (non-Juifs).

En 1929 ; 8,4 % (Juifs), 4,9 % (non-Juifs).

Dans le Massachusetts, de 1926-28 : 6,2 % (Juifs), 4,9 % (non-Juifs).

Dans l'Illionois, de 1926-28 : 22,3 % (Juifs), 11,4 % (non-Juifs).

Là aussi — sans qu'on sache la raison — il existe des différences assez importantes suivant le sexe.

Il semble que la manie dépressive frappe d'une façon égale les femmes juives et non juives ; par contre, les hommes israélites sont deux fois plus fréquemment atteints de cette maladie que les non-Juifs. Les femmes juives sont moins souvent atteintes que les hommes juifs.

L'accord est donc général sur la prédominance de la schyzophrénie et de la manie dépressive — directement liées au terrain hérité.

Signalons encore que la complexité des psychoses des Juifs dérive de la complexité des facteurs qui en-

(1) *Burckhardt Ztschrift f. d. ges. Neurol. u. psychiatrie* 1931 p. 733 et suiv.

trent dans la formation de leur caractère ; Burkhardt explique ainsi la fréquence de l'expressivité et de l'extériorisation de leurs manies. — (directement en rapport avec la vie de relation du Juif, sociable et agité) — l'inquiétude, le mécontentement et l'agitation qui constituent la base de leurs psychoses, leur richesse symptomatique, mais aussi l'imprécision, l'hétéromorphisme de leurs symptômes. La même complexité du caractère de l'Israélite, rendrait rare la cyclothynie et les manies pures ; enfin, l'exagération des caractères normaux expliquerait la persistance d'un degré assez important d'autocritique que traduit l'attitude ironique de ces malades envers leur propre état ; de là la rareté des formes paranoïaques pures.

Quant à certaines névroses particulières, telles que celles décrites par Meige sous l'inspiration de Charcot, on sait que ces phénomènes trouvent aujourd'hui une explication toute différente. Le nomadisme se présenterait en effet comme un caractère héréditaire récessif ; la tendance au vagabondage est transmise par la mère, bien que celle-ci puisse ne pas la présenter.

Dans les autres groupes de maladies, certaines semblent se transmettre héréditairement. Telles sont la myopie et l'astigmatisme.

Un autre facteur intervient pourtant pour ces affections. Nous en parlerons plus tard.

Charcot: Leçons du Mardi 1889 T. 2, p. 347.

Les maladies qui sont considérées comme propres aux Israélites présentent quelques caractères particuliers en ce qui concerne leur hérédité. Ainsi l'idiotie amaurotique se voit chez plusieurs membres d'une même famille. D'une façon exceptionnelle, Falkenheim a observé 8 cas sur trois générations.

Cette maladie ne peut pas se transmettre directement parce qu'elle ne se voit que dans l'enfance et entraîne rapidement la mort.

La T.A.O. n'a pas été signalée (à notre connaissance) chez plusieurs membres d'une même famille. On sait cependant que ces malades peuvent avoir dans leurs antécédents héréditaires plusieurs « maladies juives » ; d'autre part cette affection peut se compliquer d'une de ces maladies. Leibovici a insisté à juste titre sur l'importance de l'atherome, complication assez fréquente puisqu'elle a été trouvée par cet auteur dans cinq cas sur 6 malades morts au cours de l'A.T.O.

A l'hérédité se rattache l'importante question de la consanguinité.

Plus d'une fois on a vu dans ce phénomène la cause de toutes les maladies des Juifs. Béraud l'accusait d'être à l'origine de la surdimutité, de la rétinite pigmentaire et de l'idiotie. Or, si les hypothèses abondent dans cette matière comme dans l'hérédité — le nombre des données précises est minime.

On prenait souvent les Juifs et leur pathologie — comme exemple — pour illustrer les méfaits de la consanguinité. Si certaines maladies existent chez eux,

comme la surdimutité ou la rétinite pigmentaire, il n'en est pas moins vrai que d'autres populations comme celle de l'île de Batz qui sont tout aussi consanguines que les Juifs, ne présentent aucune affection particulière. On sait d'ailleurs qu'expérimentalement la consanguinité peut donner d'excellents résultats au moins au point de vue pratique humain.

Il est de notion courante que « les unions consanguines ne sont à craindre que chez les sujets tarés parce qu'il se produit alors une accumulation de tarés ». Cette phrase n'a pas été démontrée rigoureusement : nous attendons encore une preuve correcte des méfaits de la consanguinité. Quoi qu'il en soit — en ce qui concerne les Juifs — cette hérédité particulière, — admise depuis longtemps, — semble avoir maintenu quelques qualités de terrain sur lesquelles nous avons déjà insisté. Elle a plus de chances d'avoir exercé une action de ce genre chez les Israélites parce que, chez eux, elle a existé constamment presque à chaque génération.

Quant aux autres maladies, son action n'est pas plus démontrée que pour les non-Juifs. Sur 314 sourds-muets, Mackenzie a trouvé 42 juifs. A Berlin, le même auteur signalait un sourd-muet juif sur 368 habitants.

De même la rétinite pigmentaire paraît être plus fréquente chez les Israélites que chez les autres. Elle se comporterait comme une maladie récessive (2).

(1) *Vignes. Concours médical* 10-11-29.

(2) *Crouzon : Les maladies familiales et dystrophiques.*

Il est difficile de savoir le mode exact de transmission de toutes les maladies dont nous avons parlé. Fischer (1) a montré — il y a 20 ans déjà — que l'homme « mendelise » ; d'autres — surtout Davenport, ont prouvé que chaque caractère se comporte comme un facteur mendélien, mais qu'il fallait tenir compte de la combinaison des facteurs.

Salaman a montré (2) que dans les croisements entre Juifs et non-Juifs, le type facial israélite est un caractère précis qui suit les lois mendéliennes de l'hérédité. Si le type juif est dominant lors des croisements entre Juifs, il a des caractères récessifs dans les unions des Juifs avec les Nordiques ou même avec des races beaucoup plus rapprochées de celles dont font partie les Juifs. Transposée sur le terrain de la pathologie, il est plus que probable que la question trouvera une solution dans le même sens. Mais s'il apparaît comme fort vraisemblable que dans les unions entre Juifs, les qualités de terrain « mendélisent » — et se comportent probablement comme des facteurs dominants — rien n'autorise à émettre une hypothèse sur l'évolution de ces terrains et les règles de transmission, lors des unions entre Juifs et non-Juifs. On n'a en effet — aucun critère — en dehors de l'expérience —

(1) Fischer, *les théories mendéliennes de l'hérédité*, bull. soc. d'Et. des formes hum. 1925 p. 116.

(2) Salaman *Journal of Genetics*, 1911, p. 273.

pour connaître les causes qui expliquent la dominance de certains facteurs ou la récessivité des autres.

Et dans une question comme celles des unions entre Juifs et non-Juifs, la complexité des facteurs qui entrent en jeu est immense — variable avec le passé pathologique des sujets, — et les données de l'expérience et des statistiques insuffisantes.

CHAPITRE V

LA MORPHOLOGIE

Si la notion de race ne peut apporter aucune explication des maladies des Juifs — si, par contre, un terrain spécial, transmis héréditairement, ainsi que certaines déficiences organiques ou tissulaires caractéristiques peuvent nous faire comprendre certaines particularités de leur pathologie, — d'autres facteurs donnent la cause de la fréquence de ces affections et de leurs localisations, et concourent, dans certains cas, avec les premiers pour présider aux susceptibilités et à la résistance des Israélites envers telle ou telle maladie.

L'étude de la forme du corps, — la morphologie, — jette une lumière nouvelle sur ces faits.

Frappé par la dissemblance de la forme du corps humain suivant les individus et aussi, chez un même sujet, suivant son âge, — frappé aussi par le fonctionnement variable, mais correspondant à la diversité de la forme, — les observateurs avaient insisté dès la plus haute antiquité sur une notion capitale, le tempérament.

Gallien en connaissait neuf, dont 4 principaux. Hippocrate affirmait que chaque être agissait suivant son

propre tempérement et présentait donc des réactions particulières et personnelles.

A cette classification en tempéraments, longtemps en vogue dans le peuple, on commença à opposer le doute. Puis à la fin du XVIII^e siècle et au début du XIX^e, *Haller* en Suisse, *Hallé* en France — par la voix de son élève Th. de *Troisvèvre* — constatèrent de nouveau les rapports entre la fonction et la forme et décrivent quelques uns des tempéraments admis aujourd'hui.

Mais ce ne fut qu'à partir de de Giovanni — élève de Charcot — (En Italie), et de Claude Sigaud (en France), que la morphologie humaine entra dans une voie nouvelle et fertile.

S'ignorant réciproquement et ignorant probablement les travaux de leurs prédécesseurs, ces auteurs ont découvert pour une seconde fois les principes anciens et leur ont donné une explication scientifique.

Milieu, forme, fonction sont pour l'auteur lyonnais, trois valeurs intimement unies. L'être humain subit dès sa naissance les influences cosmiques, qui sont la source même de ses réactions. Comme toute matière vivante — en pleine continuité avec le milieu — la cellule humaine, avec son degré variable d'irritabilité, répondra aux sollicitations de l'ambiance avec une intensité plus ou moins considérable, mais directement en rapport avec les prédispositions héritées et la valeur propre du milieu.

Ce milieu apparaît sous 4 formes : atmosphérique, en rapport direct avec l'appareil respiratoire, il détermine la formation respiratoire du nouveau-né, chronologiquement la première ; milieu alimentaire indis-

pensable au tube digestif, producteur de la formation digestive ; milieu physique enfin, qui dirige par l'intermédiaire des réactions de l'enveloppe du corps, la formation musculo-motrice; de plus, on ne peut pas concevoir le développement d'un être isolé du milieu social et des réactions qui celui-ci déterminé, par les prolongements périphériques du système nerveux, sur le cerveau et la formation intellectuelle de l'individu.

Quant aux prédispositions héritées, elles se manifestent par une impulsion ontogénétique, — une vitesse de développement des cellules du nouveau-né — bien déterminée, et aussi par l'orientation vers une certaine prédominance morphologique.

Si la « gelée ambulante plastique », — dont la forme est le reflet de la prévalence de l'action héréditaire, — rencontre un milieu adéquat, l'enfant aura toutes ses forces dirigées dans le même sens et répondra d'une façon parfaite aux sollicitations de l'ambiance. De cette (1) « heureuse combinaison de l'action de l'hérédité et de celle du milieu jusqu'à l'état adulte résultent les types francs », types morphologiques parfaits de valeur biologique considérable, et d'un aspect physique agréable — (« la laideur d'un sujet implique a priori un mauvais pronostic »). —

On les distingue suivant la prédominance en respiratoire musculaire, digestif, et cérébral.

De par le nombre de coïncidences que leur apparition nécessite on comprend que ces types francs ne sont pas fréquents. En plus de la prédominance nette d'un appareil — liée à l'importance de la surface de

(1) *Mac Auliffe : Les tempéraments, p. 92.*

contact avec le milieu — ces types possèdent une élasticité fonctionnelle maxima; ceci explique leurs grandes qualités d'adaptation.

Résistants à la maladie, ils répondent immédiatement par une localisation au niveau de l'appareil dominant. C'est la phase d'irritabilité compensatrice à laquelle succède la deuxième phase, la stase; puis, comme dit l'auteur de l'origine de la maladie, « l'orage passé l'organisme se retrouve identique à lui-même de forme et de fonctionnement et reprend sa belle évolution un instant interrompu » (1).

Pourquoi chez les Juifs ces types francs sont-ils particulièrement rares? est-ce leur terrain particulier qui n'est pas compatible avec les morphologies pures? Il semble plus naturel de penser que l'impulsion héréditaire de développement et le milieu n'agissent pas dans le même sens, qu'ils se comportent — en somme comme deux forces différentes et dissemblables. —

S'opposant à ces types francs chez qui la prédominance et la résistance à la maladie sont bien marquées, on trouve la grande majorité des êtres; chez ces individus, le hasard des unions des ascendants ou des facteurs d'hérédité morbide — ont été à l'origine de la formation d'un terrain faible qui ne peut fournir aux sollicitations du milieu que des réponses déficientes. —

Absence ou défaut de prépondérance d'un appareil, chez l'adulte, — ce qui signifie capacité d'adaptation égale pour tous les appareils, donc faible résistance biologique — monotonie des formes, tels sont les caractères principaux des types indécis.

(1) *Claude Sigaud : L'origine de la maladie.*

Suivant la qualité que présentent les gels de ces individus de s'infiltrer ou non d'eau (gels hydrophiles ou hydrophobes) — propriété qui paraît être liée au degré variable de cholestérinémie (Mac Auliffe) — suivant le degré individuel d'irritabilité cellulaire (1) on décrit deux grandes variétés : le type plat et le type rond. —

Schématiquement la forme du corps du plat paraît être faite d'une série d'ondulations fréquentes et d'amplitude faible se rapprochant de la ligne droite. L'hyperexcitabilité, leurs réponses vives sont les caractères essentiels du protoplasma de ces organismes. Pour le jeu normal des fonctions, les excitations du milieu ambiant doivent être faibles. Au point de vue clinique, ce sont des sujets fréquemment maigres au thorax étroit, aplati, aux lignes droites (avant bras, face externe de la cuisse) aux doigts aplatis. On en distingue trois variétés.

Le plus accentué, le plat uniforme correspond au maximum au type décrit. La localisation pathologique se fera surtout au niveau des zones hyperexcitables, au niveau donc de la prédominance, quand celle-ci existe. Valeur biologique faible.

Le plat ondulé est caractérisé par l'apparition de bosses sur le fond de lignes droites. La confluence des bosses indique l'épuisement de l'hyperexcitabilité ou de la prédominance (2).

(1) *L'irritabilité cellulaire décroît progressivement de la formation de l'œuf à la mort (Mac Auliffe et Arone),*

(2) *Arone: La morphologie humaine.*

Enfin, se rapprochant du cubique, le plat bossué est intéressant — quand il caractérise des sujets grands et présentant un petit nombre de bosses, — du fait qu'il indique une très grande capacité de résistance à la maladie

Le type rond s'oppose point pour point au type plat : pour que ces sujets hypoeccitables, à réponse ralentie, maintiennent leur santé, il leur faut des excitations venues du milieu, quantitativement importantes. La masse ne réagit qu'à la masse. On distingue dans ce groupe 3 variétés : le rond uniforme, le rond ondulé et le cubique.

Nous avons vu la rareté extrême parmi les Juifs des types francs, rareté beaucoup plus marquée que parmi les non Juifs. En essayant de l'expliquer nous avons parlé des types indécis, chez lesquels la prédominance n'est pas nette. Ces types se trouvenu être les plus fréquents parmi les Juifs. Chez eux deux prédominences dominent : 1° la respiratoire et 2° la cérébrale.

Très souvent le diagnostic du premier type est rendu évident par l'existence d'un étage naso-malaire, trop développé par rapport aux autres sus et sous jacents et aboutissant à la forme losangique du visage. D'autrefois les signes demandent à être recherchés. On précisera alors la saillie des pommettes qui donne au visage une forme losangique : on mesurera les trois étages délimités par les lignes horizontales qui passent par la racine et le sommet du nez ; au niveau du tronc on remarquera facilement l'importance par rapport à l'abdomen de la cage thoracique dont les dernières côtes viennent au contact des crêtes iliaques.

Ainsi beaucoup de juifs présentent un type morpho-

logique plus ou moins voisin de celui décrit, plus ou moins intriqué avec les autres types que Sigaud a individualisés.

Plus d'une fois on a essayé d'établir un rapport de cause à effet entre les conditions de la vie qu'ils ont menée au début de l'époque historique et leur prédominance respiratoire.

On sait par exemple que les habitants des côtes de l'Océan donnent un grand pourcentage de ce type : la vie au grand air pleine de la liberté de l'espace, produit et entretient le type respiratoire ; les nomades le présentent d'une façon presque constante.

On a supposé donc que la fréquence de ce type parmi les Juifs n'était que le résultat de la persistance d'un type créé par le passé.

Si à première vue cette hypothèse paraît plausible, elle ne peut pourtant être vraisemblable. Presque tous les peuples ont eu dans leurs antécédents une phase de vie nomade ; ils ne présentent pourtant pas tous le type respiratoire. S'il reste fréquent chez les Arabes, il est en rapport direct avec leur genre de vie. La fréquence des respiratoires parmi les Juifs, quoiqu'elle soit loin d'être aussi importante que la fréquence du type cérébral — ne trouve donc pas d'explications. Les preuves n'abondent pas, d'ailleurs, pour montrer qu'un caractère individuel, déterminé avant tout par le milieu, puisse se retrouver même quand les conditions de ce milieu varient.

Cette fréquence peut cependant expliquer certaines localisations morbides. Au cours des maladies diathésiques — dont les Juifs héritent le terrain si particu-

lier, ils font volontiers de l'asthme, des bronchites à répétition, du coryza parfois excessivement tenace. Plus même, — la souffrance d'un autre système, le déséquilibre qui en résultera, se manifesteront souvent par des troubles broncho-pulmonaires.

Enfin en troisième lieu, au cours des maladies générales, les Juifs respiratoires feront plus facilement que les autres, des complications de ce genre.

L'accord est fait déjà depuis longtemps sur la fréquence parmi les Juifs d'un deuxième type morphologique — le type cérébral.

La majorité de cette population, douée d'aptitudes intellectuelles souvent remarquables, le présente. — Là aussi, toutes les possibilités sont réalisées.

Les caractéristiques de ces Juifs sont fournies, — avant tout, — par leur tête.

Le crâne présente un développement considérable, plus marqué encore au niveau de la zone fronto-pariétale ; contrastant avec ce développement, ayant évolué parallèlement mais dans le sens opposé, la face est petite, mince, à contours pouvant s'inscrire dans un triangle à sommet inférieur. La taille de ses sujets est petite, le tronc et les membres petits en général, et aussi par rapport à la taille déjà réduite. Dans cette catégorie trouve place de Spinoza jusqu'à Einstein — toute une série de Juifs qui se sont distingués par leurs qualités intellectuelles.

L'explication de la fréquence de ce type morphologique parmi les Juifs paraît assez aisée. On sait que « l'hérédité et le milieu social jouent un rôle des plus

importants dans la formation du type cérébral » (1).

Les conclusions de Mac Auliffe auxquelles se rattachent un nombre assez considérable d'anthropologistes (Nicolaeff de Karkoff) sont bien nettes. L'apparition de la cérébralité des Juifs est en rapport direct avec les conditions sociales qui leur ont été imposées. La vie en milieu urbain — mais isolée du reste de la population, souvent inférieure par ses traditions et sa culture, — vie prisonnière dans les limites imposées, — très souvent misérable, même au point de vue alimentaire, — ne pouvait que produire une véritable inhibition des systèmes de relation autres que le cerveau. « Tout — dit Mac Auliffe (2) — fit replier le Juif sur lui-même et l'incita à développer en milieu surtout urbain le seul appareil auquel il put donner libre jeu, son cerveau ».

Les mêmes circonstances de milieu, stimulantes pour le cerveau, répétées pendant des siècles, du moins pour certaines parties du groupe juif, ont abouti à une véritable aptitude constitutionnelle transmissible héréditairement. Mac Auliffe a vu cette aptitude se développer avec une intensité maxima dans certaines familles non-juives — telle que la famille Carnot.

Chez les Israélites, on peut supposer qu'un autre facteur est intervenu, réalisant une véritable sélection basée sur la prédominance de la cérébralité. Les moins résistants n'ont pu réussir à s'adapter aux con-

(1) *Jacquin Chatelier. L'Homme, les hommes. Thèse de Paris 1932.*

(2) *Mac Auliffe : la personnalité et l'hérédité.*

ditions de milieu créées par leur situation politique — et ont disparu. Peut-être, l'expérience se produit-elle encore sous nos yeux. Mais par un autre mécanisme, il existe une tendance assez nette, au retour vers une forme moyenne. On sait en effet que la fécondité des cérébraux est moindre que celle des autres groupes morpho-physiologiques et que cette règle est générale chez les Juifs. J. S. Billing estime en effet que la moyenne des naissances juives en Amérique est de 10 o/oo inférieure à la même moyenne trouvée chez les non-Juifs. De Porte (1) croit que « le pourcentage des mariages, naissances et morts est plus petit chez les Juifs que le pourcentage correspondant des populations non-juives. Par ce mécanisme donc la tendance vers une forme moyenne est constamment assurée.

La notion de fréquence des caractères morphologiques cérébraux garde cependant toute sa valeur.

En France où malgré les apports continus assez récents, le pourcentage des Israélites ne dépasse pas 0,5 pour cent de la population totale, la proportion des intellectuels éminents — tels que professeurs d'université, membres d'Académie, professeurs au Collège de France ou membres des différentes institutions savantes — atteint 5 % (Mac Auliffe). Cette dominance cérébrale est cependant loin d'être la règle chez certains groupes d'Asie qui ont pu bénéficier des mêmes conditions d'existence que les autres populations non-juives. L'influence du milieu apparaît nette.

Les mêmes conditions externes qui ont agi pour

(1) *New-York State Journal of Medicine*. Oct. 1928.

former le type cérébral chez les Juifs, ont peut-être abouti — chez ceux qui n'ont pu s'adapter à l'existence imposée, — à une véritable involution, se traduisant morphologiquement par un type primitif. Plus d'une fois nous avons constaté ce type parmi les Juifs examinés.

Il se caractérise cliniquement par l'importance de la face par rapport au crâne et par l'irrégularité des traits ; souvent, il se rapproche d'un certain type fréquemment observé chez les criminels et dégénérés. On connaît cependant — et toutes les statistiques l'affirment — la petite criminalité des Juifs.

Une des statistiques qui, d'après l'avis même de l'auteur (1), fournit des chiffres trop importants constate que 19,3 % des crimes et délits graves commis par les Juifs, sont des meurtres. Pour les non-Juifs, le même auteur donne le chiffre de 36,2 %.

La fréquence du type cérébral parmi les Juifs, explique aussi la fréquence des localisations sur l'appareil qui garde le plus important contact avec le milieu : le cerveau.

Nous ne reviendrons plus sur les chiffres qui donnent la fréquence des psychoses chez les Israélites.

Il est certain que sur un terrain héréditairement prédisposé pour les affections nerveuses la cérébralité est un bon facteur de localisation ; peut-être doit-on voir dans la précocité de l'apparition de ces affections chez les Juifs un argument en faveur de cette thèse ;

(1) D'après Becker O. C. ; *Massermann Monatsch. f. Krim. Psycho* 1928, p. 461.

on sait en effet que la jeunesse juive est beaucoup plus fréquemment atteinte de ces maladies et que d'une façon générale, l'âge auquel elles apparaissent est plus tendre chez les Juifs, que chez les non-Juifs.

On connaît les rapports que l'école de Kretschmer a établis entre la forme du corps et les troubles mentaux. Sur un petit nombre de malades juifs, Matechi et Spidzbaum (1) ont trouvé :

56 % leptosomes asthéniques	plats respiratoires
9 % athlétiques	musculaires
1 % lepto athlétique	plats musculaires
11 % dysplastique	
13 % pïniques	ronds digestifs
7 % variés	
3 % mal classés.	

On remarque facilement le nombre considérable de « leptosomes » — ce qui correspond dans la terminologie française au type plat.

Ce type se rencontre de beaucoup plus souvent chez les psychopathes juifs que chez les autres : 56 % par rapport à 46,3 %. Weber Michel a trouvé pour les Juifs le chiffre considérable de 74,5 %.

Dans aucun autre groupe ethnique, cette association schizophrénie et type plat n'est aussi marquée.

Dans un ordre tout différent, d'autres maladies sont liées — elles aussi — à la prédominance d'une mor-

(1) *Matechi et Szpidbaum : Ztsch. fur d. ges. neuro u. psych.* 1927 p. 62.

phologie particulière ou aux causes qui l'ont déterminée.

On connaît en effet la fréquence de la myopie parmi les Juifs. Cette maladie, explicable par le goût pour les professions plus ou moins intellectuelles, — et par la fatigue de l'appareil de vision que ces professions entraînent, — a été trouvé d'après les statistiques, sujette aux lois de l'hérédité mendelienne.

T. K. Liépin (1) a démontré qu'elle se comportait comme un caractère récessif ($\text{Myope} \times \text{Myope} = \text{enfants myopes}$; $\text{M} \times \text{non M} = \text{enfants myopes et non myopes}$ dans la proportion de 1 à 1 ; $\text{n. M.} \times \text{n. M} = \text{enfants myopes et non myopes}$ dans la proportion de 1 à 3).

Quant à l'astigmatisme, si fréquent chez les Juifs, Javel a remarqué qu'il était surtout vertical, contrairement à ce qui se passe chez les autres Européens. Il serait la cause de l'écriture particulière des Juifs.

Phalz a signalé cependant la fréquence de cette forme en Russie chez des non-Juifs.

Certains ont attiré l'attention sur une conformation morphologique particulière de la tête de nombre des Israélites, conformation qui serait à l'origine de l'hypermétrie observée chez eux. Je signale encore l'opinion de Hervé, d'après lequel une étroitesse congénitale du canal lacrymal serait la cause d'une dacryocystite chronique, — elle-même à l'origine de l'inflammation chronique des conjonctives, si souvent observée dans la « race juive » ; mais on sait que fré-

(1) *Liépin. Trad. Bull. soc. Et. des formes humaines* 1925 p. 120.

quement ces conjonctivites sont liées à un état d'hygiène non satisfaisant.

Nous ne parlons plus de la catarracte — maladie — que suffirait à expliquer pour Béraud le diabète et la longévité des Israélites (1).

Nous avons vu que la science morphologique tout en expliquant la formation du Juif et sa dominance cérébrale, fournit un argument de plus à la question — si débattue — de l'origine de leurs psychoses. Les formes particulières du terrain — formes transmissibles par l'hérédité — et la fréquence de la morphologie cérébrale des Juifs, expliquent le nombre considérable de psychoses observées chez eux, et aussi leur tendance à la schizophrénie qui — plus souvent que dans les autres groupes ethniques — coïncide avec un type de fonctionnement plat.

Dans le même groupe des observations morphologiques concernant les Juifs, il est normal de signaler certaines dystrophies qui, — relativement fréquentes chez eux — sont souvent à l'origine d'un certain nombre d'affections.

La dystrophie du tissu élastique (2) existe fréquemment chez ces malades et se traduit par des vergetures, une faiblesse des parois musculo-ligamentaires entraînant des hernies, des ptoses viscérales, des va-

(1) Béraud : *Th. Bordeaux* 1897.

(2) Godin : *le tissu élastique*.

rices, des hémorroïdes, ou de la sclérose artérielle ou capillaire.

La fréquence de ces élastopathies chez les Juifs est assez évidente pour ne pas demander l'appui des statistiques. Elles existent dans presque chaque famille israélite.

Dans quelques cas à ces signes de dystrophie élastique s'ajoutent d'autres, décrits par M. Jacquelin (1), pour réaliser ensemble une véritable constitution ostéo-conjonctivo-élastique dystrophique, que cet auteur croit héréditaire et en rapport avec l'arthritisme.

Les signes qui caractérisent ces syndrômes de déficience, — l'insuffisance hépato-pancréatique, l'instabilité glandulaire et neuro-végétative — ont été de ceux que nous avons fréquemment trouvés chez les Juifs.

On sait par ailleurs que les élastopathies témoignent d'un terrain à tendance scléreuse — peu tuberculisable, — ce qui est justement le cas des Juifs.

Terrain particulier présentant des immunités et susceptibilités spéciales transmissibles par l'hérédité — d'une part, — morphologie spéciale — d'autre part —, tels sont les facteurs stables qui commandent les maladies des Juifs.

(1) *Jacquelin. Presse Méd. 24 sept. 1930. Bull. et Mém. Soc. hôp. Paris N° 11, 1931.*

CHAPITRE VI

EVOLUTION DES MALADIES DES JUIFS

Nous devons d'emblée indiquer que par ce titre nous n'entendons nullement l'évolution de chaque maladie à part. Ceci reviendrait à décrire des formes cliniques particulières qui, même si elles existaient, ne pourraient nullement entrer dans le cadre de notre sujet. Nous nous proposons donc d'envisager l'évolution des maladies des Juifs dans le temps, c'est-à-dire d'examiner — comme nous l'avons déjà indiqué à la fin du premier chapitre — tous les changements qu'elles sont susceptibles de subir.

Les modifications cliniques sembleraient devoir survenir beaucoup plus facilement dans les maladies épidémiques aiguës que dans certaines affections chroniques ou constitutionnelles : mais d'une façon assez paradoxale, c'est surtout dans les maladies infectieuses qu'il est difficile d'apprécier si ces changements ont été réels ou non. Ainsi pour l'alastrime ou paravariole, la difficulté est presque impossible à résoudre, pour savoir si elle constitue une maladie nouvelle ou une forme modifiée de la vaccine (1).

(1) Nicolle: *Naissance vie et mort des M. Infectieuses.*

Les guerres, la famine, les changements de condition sociale, de profession ou d'habitation, déterminent directement ou indirectement des changements dans les maladies.

Ainsi, par plus d'une fois, on a affirmé que l'augmentation de fréquence de l'endocardite infectieuse après 1918 et surtout chez les anciens combattants, était en rapport avec la diminution de résistance et l'action déprimante et infectante de la guerre. Sir Henry Gouvin a insisté sur le fait que les enfants nés pendant la guerre présentent une prédisposition particulière pour la tuberculose osseuse et articulaire. On peut citer des exemples multiples de ces influences externes sur les formes particulières des maladies ainsi que sur leur évolution.

Dans le temps aussi, les variations peuvent être multiples. Des adaptations réciproques des malades et des maladies naissent des aspects nouveaux — formes évolutives ou maladies nouvelles, mais aussi terrains nouveaux.

Il est certain que les maladies des Juifs ne présentent pas aujourd'hui le même aspect qu'il y a dix siècles et encore moins celui qu'elles auront dans quelques centaines d'années.

Si, pour les grandes variations, elles subissent les mêmes influences que les maladies des non-Juifs, — il existe une autre évolution qui se fait sous nos yeux, qui est réelle et qui, de par ses limites mêmes dans le temps, — moindres — ne peut pas dépendre de l'évolution du germe mais est directement en rapport avec les changements du terrain. Nous voulons parler

des variations que ce terrain subit du fait du chagement des conditions sociales.

Ces conditions, combien de fois n'ont-elles pas été invoquées à l'origine des maladies des Juifs ? Tous ceux qui se sont occupés de la question leur ont consacré une grosse part de responsabilité. Béraud a bien résumé les opinions de ses nombreux prédécesseurs dans l'introduction de sa thèse : « la pathologie juive — écrivait-il — n'existe pas ; mais la pathologie des Juifs existe et cette pathologie découle logiquement de la place qu'on leur a faite dans le monde ». Après lui, Fishberg en Amérique, dans son grand travail de 1901 a émis les mêmes idées. Il faut arriver aux travaux de Malzberg pour voir émettre un doute tant sur les causes qui auraient déterminé la plus grande fréquence des psychoses parmi les Juifs que sur l'influence générale des conditions sociales.

Les preuves concordent cependant pour l'affirmation contraire, c'est-à-dire en faveur de l'opinion classique.

Ainsi Fishberg constate que certaines influences pathologiques sont devenues moins importantes quand les Juifs ont pu vivre parmi d'autres populations et prendre leurs habitudes. Becker remarque dans l'article déjà cité qu'il existe une différence assez marquée entre les Juifs de l'Europe Orientale et ceux de l'Europe Occidentale, du moins quant à la fréquence des psychoses. Si les premiers sont surtout sujets à la manie dépressive ou à la schyzophrénie, ceux de l'ouest sont très souvent atteints — comme les non-Juifs — de la démence sénile, des psychoses alcooliques.

Fishberg: The comparative Pathologie of the Jews.

ques ou syphilitiques, des oligo-manies. De même les psychoses constitutionnelles ou réactionnelles ainsi que l'épilepsie sont plus fréquentes chez eux.

L'existence chez les Juifs des groupes géographiques présentant des maladies différentes et aussi des réceptivités différentes, montre bien — tous les facteurs étant constants, c'est-à-dire non variables, sauf ceux résultant de la situation qu'on leur a octroyée parmi les non-Juifs — l'importance des conditions sociales dans l'évolution de leurs maladies et aussi dans la création de ces groupes. En rapport direct avec les conditions sociales particulières, la profession, l'urbanisme, certaines intoxications, une hygiène particulières, contribuent à expliquer quelques caractères de fréquence des maladies observées chez eux ; et comme ces facteurs sont essentiellement variables, contrairement au terrain et à l'hérédité — ils déterminent l'évolution des maladies des Juifs ; ce n'est qu'en les appréciant à leur juste valeur qu'on pourrait établir un pronostic de ces maladies.

Parini ces facteurs nous aurons à étudier les deux principaux qui commandent tous les autres : les conditions sociales et la vie religieuse des Juifs, et voir les limites de leur évolution et ses conséquences (le dernier pourrait être — lui aussi — considéré comme dépendant du premier.

Nous commençons par le moins important, la vie religieuse du Juif.

Cette vie leur impose certaines prescriptions rigoureuses qui seraient pour Adrien Loir (1) à l'origine

(1) *Adrien Loir : l'Hygiène* 1931.

de leur moindre mortalité. Ce qui est sûr, c'est que les Juifs sont de beaucoup moins alcooliques que les non-Juifs ; toutes les statistiques s'accordent sur ce point. Sur 60 citoyens américains présentant une maladie directement en rapport avec l'alcool, on a pu trouver 31 irlandais, neuf originaires de l'Amérique, six nègres, trois italiens et seulement un Israélite. Dans des statistiques recueillies par Malzberg, on trouve 0,3 psychoses alcooliques pour 100.000 habitants juifs ; pour le même nombre de non-Juifs, on trouve les chiffres de 4,9 et 5,2. Parmi les malades de l'Hôpital civil de New-York 0,4 % des psychoses observées étaient dues à l'alcool chez les Juifs et 5,9 chez les non-Juifs.

Adrien Loir insiste encore sur les prescriptions hygiéniques que la religion imposait aux Juifs et voit dans ces prescriptions l'origine de leur moindre mortalité. On sait cependant que la propreté n'est pas une des qualités essentielles des communautés juives : la vie misérable dans un espace restreint a été peut-être l'origine de ce manque d'hygiène. Et l'on sait aussi la générosité avec laquelle certains ont accordé à chaque prescription religieuse un but précis et utilitaire.

Nous ne devons pas rappeler la vie d'isolement et de continuelles menaces qui a été pendant des siècles celle des habitants des Ghettos. Ses conséquences, on les connaît : c'est d'abord, dans le jeune âge, un sentiment d'infériorité contre lequel l'enfant élabore des formations constructives, véritables réactions de dé-

fense qui aboutissent à son isolement du milieu externe. Suivant les limites qui le séparent du milieu externe, suivant le monde imaginaire par lequel il prend contact avec ce qui est en dehors de lui, — on pourra voir toute la gamme depuis les individus presque normaux jusqu'aux névroses et psychoses.

De ce que nous avons dit concernant cet impératif d'infériorité, de cette réaction de défense, résulte une conscience particulière de groupe et aussi le puissant sentiment de famille qui est chez les Juifs particulièrement intense. Il a comme conséquence immédiate la vie au foyer, c'est-à-dire le manque de fréquence de l'alcoolisme et de la syphilis.

Les Juifs se marient généralement tôt, ce qui pourrait peut-être expliquer la grosse mortalité infantile pendant le premier mois, par prématurité. Par contre, le puissant sentiment de famille a pour conséquence les soins très attentifs dont ils entourent leur progéniture et aussi la fréquence de l'allaitement naturel. Aussi la mortalité de l'enfance est-elle moindre chez les Juifs que chez les autres.

Il est classique d'affirmer qu'ils ont une descendance nombreuse et qu'ils bénéficient d'une remarquable longévité. La précocité du mariage a été probablement pendant assez longtemps la cause de la petite fréquence parmi eux de la syphilis. Minor disait dès 1889 que le tabès et la paralysie générale se rencontraient plus rarement chez les Juifs parce que chez eux la syphilis était plus rare que chez les Russes ; et il citait à l'appui sa statistique personnelle et

celle de Korsakoff qui après correction (plusieurs malades avaient consulté successivement les deux médecins) donnait des chiffres trois fois plus petits pour les Juifs (2,9 % Russes tabétiques et 0,8 % Juifs ; 2,6 % et 0,8 % pour la P.G.) et Minor, de tirer de ces faits la conclusion que le tabès et la paralysie générale n'étaient pas des troubles hystériques mais des affections liées à une autre nature probablement syphilitiques (p. 36).

Peut-être doit-on voir dans la moindre fréquence de la syphilis, une cause importante de la petite mortalité : 3,57 % chez les chrétiens en Russie et 2,52 pour cent chez les Juifs.

A ces faits qui s'inscrivent à l'actif de l'Israélite, s'opposent d'autres telle que l'évolution fréquente vers les psychopathies. Telles sont les conséquences de l'impératif d'infériorité et du sentiment de famille qui l'accompagne.

Toujours en rapport avec leurs conditions sociales, la profession des Israélites a été plus ou moins intellectuelle, très souvent sédentaire, — cause de maladie par conséquent. Par contre, elle explique la rareté parmi les Israélites des maladies professionnelles et traumatiques.

Enfin l'habitation urbaine qui leur a été imposée a été sûrement la cause du développement de leur cérébralité. Mais cette hypertrophie d'un organe et d'u-

(1) Minor : *Archives de Neurologie* 1889 XVII, p. 183, 362.

Rosenthal : *Puberté z. f. Pédag. Psych.* 1932 p. 62.

ne fonction traduite dès le jeune âge par la précocité de l'enfant juif (Béraud) n'a pu se faire qu'au détriment d'autres fonctions. D'ailleurs, la vie urbaine a eu des conséquences physiologiques et pathologiques importantes : loin du vaste champ d'observation de la nature, ils ont acquis le plaisir et l'habitude des constructions abstraites et déductives, des idées générales et philosophiques ; mais aussi le dédain des sciences naturelles et des disciplines basées sur l'observation ou l'expérience.

Pour la même raison, ils présentent une prédominance auditive et sont très doués pour la musique (1) ; ils ont par contre une capacité visuelle plus faible que celle des non-Juifs (2).

Enfin on sait que la vie citadine favorise — par sa complexité — l'éclosion des maladies mentales.

Contrastant avec ces facteurs qui auraient dû créer parmi les Juifs un groupe faible sans aucune valeur physiologique, les statistiques nous les montrent doués d'une longévité remarquable.

A Budapest par exemple leur durée moyenne de vie est supérieure à celle des non-Juifs : 37 ans pour les hébreux, 26 pour les chrétiens. A Londres, elle est respectivement de 49 et de 36 ans.

On a remarqué que seulement 50 % des nouveau-nés non-Juifs arrivaient à 30 ans tandis que 50 %

(1) H. Rosenthal. *Intern. Ztschr. f. Individual psychoe.* 1931 p. 122.

(2) Wolberg Sobolevic. *Progrès Médical*, Sept. 1931.

des Juifs atteignent l'âge de 50 ans. Sur un même nombre de Juifs et de chrétiens on trouve respectivement 12 % et 9,8 % de personnes ayant dépassé 60 ans et 8 % et 2,4 % de personnes ayant dépassé 80 ans.

La mortalité juive est inférieure à la mortalité des non-Juifs. En Prusse sur 1.000 personnes le nombre des décès a été de : (1)

	Non-Juifs	Juifs
1822-1840	57,7	40,2
1841-1860	58,4	47,7

Korosi en Hongrie de 1885 à 1893 a trouvé les chiffres :

72,2 o/oo pour les catholiques

67,7 o/oo chez les protestants et seulement

37,7 o/oo chez les Juifs.

Silvagni en Italie, Hoffmann en Amérique arrivent aux mêmes résultats (2).

Plus récemment, J. S. Billings a constaté chez les Israélites une mortalité de moitié moins considérable que chez les chrétiens. Tels sont les faits :

Si tous ces chiffres apparaissent paradoxaux ils trouvent pourtant explication dans la plus grande résistance des Juifs. Avec Fishberg, il faut admettre qu'il s'est produit au cours des siècles et en rapport direct avec les conditions sociales, une certaine sélection dont le résultat a été que seuls les plus forts physiquement et psychiquement ont pu survivre. Ceux

(1) *Sofer: Wiener Klin. Rundschau XXI. p. 169.*

(2) *Silvagni: Riv. crit. di medica Firenze 1901.*

qui n'ont pu s'adapter ou ceux qui, pour arriver à cet état, ont dû subir trop de déformations, ont disparu soit immédiatement, soit plus tard par manque de descendance.

Ainsi compris, les deux facteurs, l'externe — les conditions sociales —, l'interne, la vie religieuse, ont eu des influences importantes sur la pathologie des Juifs.

De leurs variations on peut donc attendre des modifications intéressantes. Quelles que soient les petites oscillations dans un sens ou l'autre, la grande ligne d'évolution du facteur social se fait vers l'unification des conditions d'existence pour tous les groupes ethniques.

Il n'est donc pas surprenant que dans les pays de liberté — et où la liberté ne date pas d'aujourd'hui, — les Juifs tendent à s'assimiler au point de vue pathologique aux autres populations. Les statistiques de Malzberg ne doivent pas nous étonner.

La chaîne est complétée par les faits cités par Becker, à savoir la fréquence des mêmes formes chez les Juifs et les non-Juifs dans quelques pays européens et par les différences signalées entre les Juifs occidentaux et les Juifs orientaux.

Il est certain d'autre part que la famille n'a plus chez les Juifs la même importance qu'autrefois. Peut-être faut-il voir dans ce trait la cause de la diminution de la natalité, que signale pour l'Amérique De Porte. D'autres ont insisté sur le relâchement moral que commence à entraîner la solution de continuité avec les traditions et les pratiques religieuses (fréquence de la prostitution et des maladies vénériennes

chez les Juifs de l'Afrique du Nord). Quant à l'alcoolisme, on connaît ses multiples adeptes parmi les Juifs contemporains de classes sociales inférieures. Béraud signalait déjà ses méfaits parmi les Israélites il y a plus de trente ans. Il est difficile de savoir quels seront ses effets tardifs notamment sur les maladies nerveuses des Juifs.

La vie urbaine qui est la règle chez les hébreux, a peu de chances de disparaître. Fait curieux par rapport à ce qu'on observe chez les autres, elle n'entraînerait pas toujours une augmentation des tares psychiques. Dans l'état de New-York par exemple on comptait :

En 1925, 40,7 psychopathies pour 100.000 juifs et 67,7 pour 100.000 non-juifs.

En 1927, 42,3 et 75,1.

A New-York même en 1925 : 40,0 et 78,1.

Leur cérébralité est elle aussi en fonction du milieu ; et nous avons vu qu'elle n'existait pas dans tous les groupes juifs d'Asie. Il ne faut pas oublier qu'elle dépend aussi de leurs professions et que la fréquence des métiers qui demandent un travail cérébral n'a pas été pour certains — Burckard — liée à la limitation de leurs libertés, mais uniquement le résultat d'un goût inné pour ces professions.

Que deviendront les autres facteurs plus stables, le terrain, l'immunité etc... et quelle sera leur influence sur l'évolution des maladies ? Il est difficile de le savoir et sans le recul du temps les hypothèses n'apporteront aucune lumière sur cette question.

A priori, il est logique d'estimer que les variations seront peu importantes mais que les maladies résul-

tant de la prédisposition que ce terrain confère, seront moins fréquentes du fait que le facteur déclanchant existera moins souvent. Mais alors on peut se demander, si dans les croisements avec des non-Juifs — unions, qui sont déjà assez fréquentes — les caractères de terrain se transmettront, en quelle mesure et suivant quel mode. Nous avons vu les observations de Salaman concernant la transmissibilité du type facial juif, qui suit les lois mendéliennes de l'hérédité se comportant comme un caractère récessif.

Il est difficile d'affirmer que le terrain diathésique et les immunités se comporteront d'une façon identique ; le résultat ne pourra être acquis — connaissant les difficultés d'observation de l'hérédité chez l'homme — (Vlad Ruzicka) qu'après une série assez longue d'observations. Fishberg a remarqué pourtant que certaines influences pathologiques sont devenues moins importantes quand les Juifs ont pu prendre les habitudes des autres populations en vivant dans leur sein. Et Silvagni dit que les Israélites ont perdu certaines particularités physiques et pathologiques quand ils ont pu se « mêler » aux non-Juifs.

Les métissages sont en effet utiles et donnent parfois des résultats remarquables (Montaigne était un métis de mère juive). Et Mac Auliffe a pu dire sur cette question complexe : « le vaste creuset français a déjà jeté quelques éclats dans l'histoire et nous pouvons être fiers du rang que s'est acquis notre peuple de métis dans le domaine de l'intelligence et de la volonté ».

Que peut-on donc prévoir pour l'avenir ?

Un certain degré plus considérable de résistance, chez les Juifs que chez les non-Juifs.

Une certaine conservation de la cérébralité.

Une diminution des maladies nerveuses et mentales et peut-être aussi de la diathèse arthritique.

Une augmentation des maladies professionnelles et accidentelles ainsi que des intoxications, l'alcoolique surtout et de l'infection syphilitique.

Une mortalité plus considérable mais liée aussi aux maladies générales de l'avenir : l'hypertension, les néphrites, les affections du cœur.

CONCLUSIONS

La majorité des auteurs s'accorde donc, pour admettre que la pathologie des Juifs présente un cachet particulier. Si on peut discuter sur l'individualité de certaines formes cliniques ou maladies propres aux Israélites, l'accord semble être fait sur les différences quantitatives, c'est-à-dire sur la fréquence chez les Juifs de certaines affections — telles que les maladies mentales ou diathésiques, — ainsi que sur la rareté d'autres, telles que les maladies infectieuses exotiques graves ou la tuberculose.

Quelles que soient les différences qu'on ait décrites entre les groupes juifs et, d'une façon générale, entre les Israélites occidentaux et orientaux, il est certain que plusieurs facteurs de base sont communs aux deux groupes. La race et l'hérédité du terrain doivent influencer de manière égale tous les Juifs.

D'autres éléments résultant du jeu des conditions sociales ont pu dans un second temps influencer différemment les groupes et créer les petites variations décrites.

Sans méconnaître un certain caractère artificiel à cette division — conséquence du fait que même les caractères stables ne sont que le résultat de la fixation des autres — nous avons cru pour des raisons de commodité maintenir cette distinction.

A lire les explications qu'on a donné jusqu'à ces derniers temps et à suivre l'opinion courante, on acquiert la conviction que seule, peut être à l'origine de ces particularités pathologiques la notion de race. — Or, il n'en est rien. — Quoiqu'elle puisse normalement déterminer des variations assez considérables dans la réceptivité des différents groupes humains, variations tant quantitatives que qualitatives, la race ne peut fournir aucune explication logique de la pathologie des Juifs. Les études anthropologiques ont montré en effet ce que faisait prévoir déjà l'histoire de cette minorité, — son remarquable polymorphisme racial. A côté des races méditerranéenne, orientale et arménoïde qui synthétisent les caractères anthropologiques de la grande majorité des Juifs, on trouve parmi eux des représentants de tous les groupes ethniques et des individus résultant des métissages les plus divers. De par sa variété même, la race ne peut donc être impliquée à l'origine de la pathologie des Juifs.

Les explications que pourraient fournir l'étude de l'hérédité en s'inspirant de la théorie factorielle, ne seraient que d'ordre tout à fait hypothétique et fourniraient beaucoup plus une exposition imagée des faits qu'une solution scientifique du problème envisagé.

L'hérédité peut cependant expliquer certaines particularités de la pathologie des Juifs.

A une époque très lointaine la tuberculose fréquente jusqu'à être endémique a fait parmi les Juifs une véritable sélection et a créé ainsi une race — dans le sens particulier du mot que lui accorde Draper — relativement résistante; puis, sous l'influence des atteintes successives ayant produit autant de vaccina-

tions — favorisée par les unions consanguines, c'est-à-dire entre des individus présentant les mêmes qualités sérologiques et tissulaires — l'immunité ainsi produite est entrée dans le patrimoine définitif du groupe et a pu se transmettre suivant les lois de l'hérédité vraie. La continuité de la réaction et son évolution toujours dans le même sens expliquent donc dans ce cas particulier les différences pathologiques qui existent entre Juifs et non Juifs.

Les mêmes arguments qui jouent pour l'immuno-hérédité tuberculeuse pourraient s'appliquer aux maladies infectieuses graves exotiques.

Parmi les maladies fréquentes, certaines se voient avec une régularité constante chez les membres d'une même famille mais de génération différente. Ce qui se transmet, c'est le terrain particulier et non la maladie: mais sous l'influence de causes externes pourtant minimes, l'affection apparaît brusquement.

Quant à connaître exactement le facteur qui constitue le terrain on ne peut s'en tenir pour le moment, qu'aux hypothèses. Existe-t-il une déficience du tissu conjonctif? Peut-on parler d'un certain degré d'insuffisance du foie, dont la lésion est expérimentalement facilement réalisable par un trouble pathologique des ascendants. Apparue brusquement, maintenue pendant quelque temps par une série de hasards, — présentant donc les caractères des mutations, cette insuffisance s'est perpétuée, plus tard, du fait des unions entre des individus ayant les mêmes caractères physiologiques.

Ce ne sont pourtant là que des hypothèses. —

De tout temps on a été frappé par la fréquence des

maladies mentales chez les Juifs; l'hérédité nerveuse est chez eux évidente. Mais là aussi, ce dont on hérite ce n'est pas la maladie, mais le terrain.

Facteur stable — celui-ci résulte de la transmission de l'ascendant au descendant d'un impératif d'infériorité, accru encore à chaque génération par le facteur variable que constituent les conditions sociales.

Ce terrain est caractérisé par une grosse sensibilité des réactions rapides, et très souvent par un déséquilibre du système neuro végétatif.

Se rapprochant de l'hérédité, la consanguinité, — si fréquente parmi les Juifs — n'a pas été étudiée jusqu'aujourd'hui que d'une façon peu précise. Quoiqu'inériminée à l'origine de certaines maladies (surdimutité plique, etc...) elle a agi surtout d'une façon indirecte pour favoriser tant les susceptibilités morbides des Juifs que leurs immunités.

A côté de ces 2 grands facteurs, on trouve dans la morphologie l'explication de certaines maladies des Juifs et surtout de certaines localisations;

La science de la forme du corps humain et de ses variations suivant le milieu — telle que l'a enseignée Sigaud — fait comprendre la fréquence parmi les Juifs de deux types morphologiques: le respiratoire et surtout le cérébral. Produit direct du milieu étroit et des conditions misérables de vie, — facteurs ayant déterminé une véritable inhibition des autres systèmes de corrélation entre l'individu et l'ambiance — le cérébral transmet à sa descendance sa prédominance

fonctionnelle. Celle-ci explique de nouveau la fréquence des psychoses chez les Juifs comme étant une localisation morbide normale sur le système qui présente la plus grande surface de contact avec l'ambiance.

Parmi les maladies mentales des Israélites, deux se rencontrent avec une régularité monotone: la manie dépressive et surtout la schizophrénie. Si toutes les deux apparaissent sous l'influence d'une cause déchaînant, il est logique de voir dans la deuxième surtout, une accentuation anormale du caractère du Juif.

Toujours en rapport avec leur morphologie, du type cérébral, les Israélites présentent fréquemment des maladies des yeux, dont certaines sont d'ailleurs héréditaires.

Nous avons signalé enfin une tendance assez marquée aux élastopathies et aux affections qu'elles président.

Comme toutes les maladies, celles présentées par les Juifs varient constamment. Dans cette évolution deux facteurs supplémentaires interviennent puissamment.

1° La vie religieuse qui tient sous sa dépendance les facteurs de quelques maladies (l'alcool);

2° les conditions sociales qui, par leurs différentes conséquences — l'isolement, le sentiment puissant de la famille, l'urbanisme, la cérébralité — sont les déterminants de la fréquence de nombreuses formes pathologiques.

D'une façon générale, si les maladies professionnelles ou engendrées par l'alcool et la syphilis, tendent à augmenter, si la mortalité juive devient plus considérable, leurs immunités semblent persister; les maladies mentales ont une tendance assez nette vers la diminution. Il manque, pour les diathèses, le recul du temps qui est nécessaire d'ailleurs pour vérifier les autres résultats.

Vu le Doyen :

ROUSSY

Vu le Président de Thèse

LEMIERRE

Vu et permis d'imprimer

Le recteur

de l'Académie de Paris

CHARLETY

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	9
<i>Chap. I. La maladie, les germes et le terrain ..</i> Généralités. — Définition. — Maladies générales. — Limites des maladies. — Les germes. — Les facteurs stables: le terrain: la race, l'hérédité. L'évolution des maladies.	10—19
<i>Chap. II. Les maladies des Juifs</i> Leur existence. — Historique. Les maladies fréquentes. » » rares » propres	20—40
<i>Chap. III. La Race</i> Race et pathologie. L'inexistence d'une race Juive. Les races Juives; les types Juifs. Les races juives et la pathologie des Juifs.	41—62
<i>Chap. IV. L'hérédité</i> Théorie générale L'hérédité morbide L'hérédité et les maladies des Juifs la théorie factorielle les immunités les prédispositions les maladies propres.	63—92

<i>Chap. V. La Morphologie</i>	93—107
La morphologie de formation: les types francs, le type respiratoire et le type cérébral chez les Juifs.	
La morphologie de fonctionnement; les plats; les ronds.	
La morphologie des Juifs et leurs pa- thologie.	
Les maladies respiratoires.	
» » mentales.	
» » des yeux.	
<i>Chap. VI. L'évolution des maladies des Juifs ..</i>	108—120
Les facteurs variables	
la vie religieuse	
les conditions sociales.	
Variations des facteurs et aspects; l'avenir des maladies des Juifs.	

